

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Husitská teologická fakulta

Diplomová práce

**Poruchy příjmu potravy**

**Eating Disorders**

Vedoucí práce:

Doc. PaedDr. Olga Zelinková, CSc.

Autor:

Zuzana Douchová

Praha 2011

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 5. dubna 2011

Zuzana Douchová

## **Poděkování**

V první řadě bych chtěla poděkovat Doc. PaedDr. Olze Zelinkové, CSc. za její vstřícnost, ochotu, čas a přínosné konzultace při vedení diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a partnerovi za jejich trpělivost a podporu. Také děkuji Mgr. Aleně Šimkové za její podnětné poznámky při psaní práce. V neposlední řadě děkuji všem respondentkám, které byly ochotny se mnou spolupracovat a svými zkušenostmi tak pomohly této práci.

## **Anotace**

Tato diplomová práce pojednává o poruchách příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii. Teoretická východiska podávají komplexní obraz dané problematiky a zasazují mentální anorexii do širšího psychologického kontextu. Cílem je objasnit mýty a předsudky týkající se mentální anorexie, poukázat na důležitost rodinného prostředí v souvislosti se vznikem, průběhem a prevencí onemocnění a podat obraz současného stavu léčby v České republice. Tyto aspekty jsou v závěru ověřeny šetřením, které vychází z pohledu dívek a žen trpících mentální anorexií.

## **Annotation**

The diploma thesis deals with eating disorders, especially anorexia nervosa. The theoretical background gives a complex picture of this issue and puts mental anorexia in a broader psychological context. The aim is to clarify myths and preconceptions related to anorexia nervosa, to stress the importance of family environment for disorder's origin, course and prevention, and to show current state of treatment in the Czech Republic. These aspects are verified by the survey, based on how women with mental anorexia perceive this disorder.

## **Klíčová slova**

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, potrava, sebepojetí, rodina, separace dítěte, kontrola, emoce, léčba

## **Keywords**

Eating disorders, anorexia nervosa, food, self-concept, family, child separation, control, emotions, treatment

# Obsah

Úvod .....	9
<b>1 Poruchy příjmu potravy .....</b>	<b>11</b>
1.1 Základní formy poruch příjmu potravy .....	11
1.2 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy .....	12
1.3 Normální vztah k jídlu .....	13
<b>2 Mentální anorexie .....</b>	<b>14</b>
2.1 Potrava a porucha příjmu .....	15
2.2 Diagnostická kritéria mentální anorexie .....	15
2.3 Průběh a symptomy onemocnění .....	16
2.4 Chronická mentální anorexie a její projevy .....	18
2.5 Následky mentální anorexie .....	19
2.5.1 Somatické následky .....	19
2.5.2 Psychosociální následky .....	19
2.5.3 Mortalita, suicidalita a sebepoškození .....	20
2.6 Etiologie mentální anorexie .....	21
2.6.1 Sociální příčiny .....	21
2.6.2 Biologické příčiny .....	22
2.6.2.1 Skrytá nezávislost .....	23
2.6.3 Rodinné a genetické příčiny .....	24
2.6.3.1 „Anorektická“ rodina .....	25
2.6.3.2 „Anorektická“ matka a otec .....	26
2.6.4 Rizikové povahové rysy .....	26
2.6.5 Životní události .....	27
2.6.6 Stav utvrzeného negativismu .....	27
2.7 Komorbidita .....	28
2.7.1 Mentální anorexie jako návyková závislost .....	29
2.7.2 Deprese a úzkost .....	30
2.7.3 Obsedantně – kompulzivní porucha .....	31
<b>3 Mýty a předsudky .....</b>	<b>32</b>
<b>4 Mentální anorexie v rodinném kontextu .....</b>	<b>36</b>
4.1 Tělesné sebepojetí .....	36
4.1.1 Sebepojetí .....	37
4.1.2 Vývoj sebepojetí .....	37
4.2 Teorie hranic .....	38
4.3 Mentální anorexie a potlačování emocí .....	39
4.4 Mentální anorexie v rodině .....	40
4.5 Jak zacházet s nemocnou v rodině .....	41
4.6 Výchovné prevence .....	44
<b>5 Léčba mentální anorexie .....</b>	<b>48</b>
5.1 Formy léčby mentální anorexie .....	49

5.1.1	Hospitalizace.....	49
5.1.1.1	Nedostatky hospitalizační léčby.....	51
5.1.1.2	Hospitalizace z pohledu pacienta.....	52
5.1.1.3	Montreaux .....	53
5.1.2	Psychoterapie .....	54
5.1.2.1	Paternalismus vs partnerství.....	54
5.1.2.2	Kognitivně behaviorální terapie.....	55
5.1.2.3	Psychodynamická terapie.....	56
5.1.2.4	Rodinná terapie .....	58
5.1.2.5	Skupinová terapie.....	59
5.1.2.6	Terapie orientovaná na zakoušení vlastního těla .....	60
5.1.2.7	Alternativní terapie mentální anorexie.....	62
<b>6</b>	<b>Šetření mentální anorexie .....</b>	<b>63</b>
6.1	Metody šetření.....	63
6.2	Základní informace o respondentech .....	64
6.3	Výsledky ověřování hypotéz.....	66
6.4	Závěr šetření.....	77
	<b>Shrnutí .....</b>	<b>79</b>
	<b>Použitá literatura .....</b>	<b>81</b>
	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>84</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>85</b>

## **Seznam zkratek**

BOT – body-oriented therapy

KBT – kognitivně-behaviorální terapie

MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

OKP – obsedantně-kompulzivní porucha

PPP – poruchy příjmu potravy

SUN – stav utvrzeného negativismu

## Úvod

Poruchy příjmu potravy se netýkají pouze výrazně podvyživených dospívajících dívek, modelek a sportovkyň, ale především běžné populace, žen a mužů v jakémkoli věku, s jakoukoli váhou a životním příběhem. Poruchy příjmu potravy nejsou jen o jídle a hmotnosti, ale především o životě, o postoji k němu a jeho přijímání. Jídlo a tělo je pouhým symbolem našeho zacházení se sebou samým a s druhými. Na našem stravování se projektuje náš život, jestli si upíráme radosti a štěstí, jestli si naopak dopřáváme těchto radostí příliš, nebo zda jdeme přirozeně ruku v ruce s našimi potřebami, které jídlo nekompensuje, ale naplňuje. Přestože se ve své práci primárně zabývám chronickou mentální anorexií, chtěla bych tuto práci věnovat všem, kteří v sobě pěstují nezdravé a nepřirozené tendence ve vztahu k jídlu a svému tělu.

Během svého studia jsem přečetla mnoho literatury a článků týkajících se poruch příjmu potravy. Zpočátku jsem se chtěla dozvědět, co jsou poruchy příjmu potravy, jaké jsou jejich formy, příčiny, následky a způsoby léčby. Poté jsem se začala ptát, jak je to možné, jak to všechno vzniká. Proč dívky mají strach z jídla a hmotnosti, proč nenávidí své tělo, proč mají zkreslené vnímání své postavy, proč nemoc vzniká nejčastěji v pubertě, proč cítí úzkost se najíst, proč se tak trestají? V odborné literatuře týkající se přímo poruch příjmu potravy bylo pouhé konstatování těchto faktů, což mou zvědavost neuspokojilo. Dále pro mne bylo zarážející, jak může být tak vysoká úmrtnost, vysoké procento recidiv a proč je tak těžké se vyléčit? Přestala jsem hledat chybu v pacientkách, na které se tato „neléčitelnost“ často svaluje a začala hledat chyby v postupech a přístupech léčby poruch příjmu potravy. Až studiem širší literatury a osobními zkušenostmi jsem si na své otázky odpověděla a ty se pokusím předložit v této práci. Poslední mou otázkou bylo, jak asi vypadá vyléčená anorektička? Na tuto otázku jsem se však musela ptát až osobně, při setkání s vyléčenými pacientkami. To jsem v žádné knize nenašla.

Práce obsahuje teoretická východiska a šetření. Cílem teoretické části je poukázat co nejkomplexněji na problematiku poruch příjmu potravy, především chronické mentální anorexie. Objasnit na teoretickém podkladě mýty a předsudky týkající se této nemoci. Dále zdůraznit rodinné prostředí, které považuji za zásadní v příčinách, průběhu i prevenci nemoci. Mentální anorexii chápu jako důsledek zkušeností a vlivů na jedince od narození, kdy nemoc pouze vyústí v takto patologickou formu. Téma separace, budování hranic, vývoj sebepojetí a potlačování emocí, které souvisí s rodinným prostředím, pokládám za zásadní nejen v otázce mentální anorexie. Závěrem se budu věnovat léčbě, jejím současným stavem a hodnocením jejich kladů i záporů.



Šetření je zaměřeno na mentální anorexii z pohledu postižených a vyléčených dívek a žen, na kterých se pokusím ověřit stanovené hypotézy. Pro zjišťování informací použiji kvalitativní metodologii. Nástrojem sběru dat bude polouzavřený dotazník, rozhovor s několika oslovenými respondentkami, interpretace údajů v odborné literatuře a metoda introspekce spojená s vlastními zkušenostmi s chronickou mentální anorexií.

V této práci dojde k určitému dešifrování chování a myšlení nemocných MA, aby tak blízcí a terapeuti mohli úspěšněji pomoci. Porozumění předchází pochopení, pochopení je součástí láskyplných mezilidských vztahů, a o to mi jde především, zlepšit mezilidské vztahy pacientů s jejich blízkými.

# 1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále PPP) jsou širokým okruhem různých patologických způsobů zacházení s potravou, které mají své psychické, somatické a sociální příznaky a důsledky. Charakteristické pro PPP je nejen patologické zabývání se jídlem, postavou a hmotností, ale především strach, pocity méněcennosti a nedůvěry k sobě a ke světu. Jídlo používají nemocní jako prostředek, jak kontrolovat či utlumit své pocity strachu, úzkosti a smutku. Všechny mají společný negativní postoj k sobě samému, nízké sebevědomí a sebedestruktivní myšlenky.

„Poruchy příjmu potravy byly v roce 1987 prohlášeny Světovou zdravotnickou organizací za jeden z prioritních problémů světové populace. Odhaduje se, že na celém světě trpí některou z forem poruch příjmu potravy kolem osmi milionů lidí. V České republice se udává, že se toto vážné psychogenní onemocnění týká každé dvacáté mladé ženy či dívky.“ (Sladká-Ševčíková, 2004, online) „Jen asi třetina se dokáže zcela vyléčit. Šest procent případů končí smrtí. Riziko sebevraždy je až dvěstěkrát vyšší než u ostatní populace.“ (Doktorka.cz, 2001, online)

Ve své práci hovořím o nemocných v ženském rodě, protože PPP jsou nejčastěji postiženy mladé dívky či ženy. PPP se však nevyhýbá ani mladým mužům. „V literatuře je nejčastěji udáván poměr nemocných chlapců a dívek 1 : 10.“ (Vágnerová, 2002, s. 231)

## 1.1 Základní formy poruch příjmu potravy

Mezi základní a nejznámější dvě formy PPP patří mentální anorexie (dále MA) a mentální bulimie (dále MB). „Jejich jednotlivé příznaky se liší zejména podle závažnosti podvýživy a metod používaných ke kontrole hmotnosti. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, a vytrvale se snaží zhubnout, nebo alespoň zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti.“ (Krch, 2005, s. 15) Pacient s diagnózou MA je většinou podvyživený, odmítá potravu za účelem stálého snižování hmotnosti. Naopak pacient s MB má většinou nižší až normální hmotnost, v jídle se však omezuje a trpí extrémy, kdy drží hladovku a následně se přejídá. Poté se potravy snaží zbavit různými praktikami, nejčastěji násilným zvracením, nebo použitím laxativ. Mezi oběma poruchami neexistuje jednoznačná hranice, kdy se jedná jen o MB či MA. Často jedna přechází v druhou či se doplňují. „Asi polovina dívek, u kterých byla diagnostikována anorexie, se později stanou bulimičky. Je to tím, že všichni lidé trpící poruchami příjmu potravy mají jedno společné: vedou neustálou bitvu s hladem.“ (Maloney, 1997, s. 84)

Maloney (1997, s. 7) řadí mezi PPP i patologické přejídání. Patologické přejídání je spojeno s obezitou, člověk trpí záchvaty žravosti stejně jako u bulimie, jen nepoužívá následné zvracení. „Jednotlivé poruchy příjmu potravy mají mnoho společného a často se prolínají. Nutkavé dodržování diet snadno přejde v záchvatovité přejídání nebo bulimické záchvaty, které mohou být přerušovány anorektickým obdobím hladovění.“ (Maloney, 1997, s. 84) Toto přecházení od hladovění k přejídání či bulimickému záchvatu je zcela přirozené i pro normální dietní chování. Jedinec, který drží určitou dietu (dieta ve smyslu omezování potravy) tak po delší době odříkání si určitých potravin (většinou těch, které mu nejvíce chutnají) může podlehnout velkému hladu a sníst daleko více než obvykle a přejí se právě tím zakázaným. Proto jsou často jakékoli diety neúčinné, pokud zakazují či omezují člověka v jídle. Ideální je změna životního stylu a zařazení trvale zdravého vyváženého pestrého jídla po celý zbytek života, kde je vše povoleno, ale s mírou.

## **1.2 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy**

Základní formy PPP mají svá daná diagnostická kritéria, avšak existují i atypické a nespecifické PPP. Krch (2005, s. 21) řadí mezi nespecifické PPP již zmiňované záchvatovité přejídání a syndrom nočního přejídání. „Pro syndrom nočního přejídání je příznačná večerní anorexie, nespavost a noční přejídání. Jeho průběh je pravděpodobně spojen s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí. Noční jedlíci si často stěžují na neschopnost přestat jíst, když jednou začnou.“ (Krch, 2005, s. 21)

Ve společnosti je mnoho dívek a žen, které mají narušený vztah k jídlu a sobě samé a vykazují jen některá kritéria MA, jedná se o atypické formy PPP. Atypické jsou ty PPP, kterým chybí jeden či více základních příznaků poruchy. Například anorektická dívka mající pravidelnou menstruaci (často vlivem hormonální antikoncepce) vykazuje jinak všechny typické příznaky anorexie. Pacient nemocný MA nemusí splňovat všechna kritéria, a přesto může být ve vážném psychickém nebo fyzickém stavu. I těmto pacientkám, které například nejsou zcela vyhublé, nebo normálně menstruuje, nebo jí, ale jen velmi málo, by se měla věnovat stejná pozornost a péče. U všech se jedná o narušený vztah k jídlu a sobě samému.

Novák (2010) hovoří o tzv. skrytých anorektičkách, které se pohybují na rozmezích normy a patologie. „Výskyt skrytých anorektiček odhaluje slabinu striktně diagnostického přístupu k PPP. Výhradním lpěním na diagnostických kritériích nám uniká velký počet žen zdařile lavírujících na hranici klinické diagnózy.“ (Novák, 2010, s. 66)

Přestože se ve své práci zabývám především chronickou MA, chtěla bych tímto upozornit i na tyto „skryté případy“, které jsou v naší společnosti vysoce zastoupeny. Nejde jen o osoby

ze světa sportu a modelingu, ale především o osoby v běžné populaci. Například i současný trend zdravé výživy a biopotravin se může stát patologií, aniž by jedinec musel vykazovat výraznou podváhu. Dokonce se již v této souvislosti mluví o nové PPP – orthorexia nervosa. „Orthorexie je patologická závislost na zdravém stravování a biologicky čisté stravě. Postižení jedinci konzumují výhradně biopotraviny, odmítají konvenční potraviny obsahující aditiva a kontaminující látky a potraviny z geneticky upravovaných surovin.“ (Beránková, 2010, online)

Tato práce je o všech PPP, o jedincích, jež mají nezdravý vztah k jídlu, k sobě samému a svému životu, kteří jídlem řeší své emocionální potíže a neuspokojené potřeby v různých oblastech svého života, ať již jde o diety nebo přejídání. MA je v této práci pouhým symbolem a extrémním vyjádřením patologického zacházení s jídlem. Člověk však nemusí dojít fyzicky na pokraj svých sil, aby se dostal na své duševní dno.

### **1.3 Normální vztah k jídlu**

Příjem potravy je jednou ze základních biologických potřeb k zachování sebe sama. V průběhu života se tato potřeba mění a vyvíjí, avšak u normálních jedinců je postoj k jídlu stabilní. „Jídlo funguje jako náhrada za jinou, aktuálně nedosažitelnou slast, v situaci frustrace či stresu. Slouží ke kompenzaci neuspokojení v oblasti sociálních vztahů, při nedostatku lásky či při neúspěchu. Ulehčuje zvládání zátěže a vyrovnává emoční rozladění jakéhokoli původu.“ (Vágnerová, 2002, s. 229) Je normální dát si čokoládu, když má člověk splín. Je normální jíst více ve stresu nebo z nudy.

Co znamená normálně jíst, uvádí Papežová (2000): „Znamená to být schopen jíst, když mám hlad a až do sytosti. Být schopen vybrat si jídlo, které mám rád, a do sytosti se ho najíst, ne proto, že si myslím, že bych měl. Znamená to být schopen se trochu omezit ve výběru jídla, počkat si na to „pravé jídlo“, ale neomezovat se příliš dlouho. Normální jídlo je dovolit si někdy jíst, protože jsem šťastný, někdy smutný, někdy unuděný nebo protože se cítím dobře. Někdy se najíst dost a chtít i víc. Znamená to věřit vlastnímu tělu, že chyby v jídle zvládne. Věnovat jídlu pouze určitý omezený čas a pozornost. Někdy se přejíst až k pocitu nepohody. Normální jídelní režim je flexibilní, mění se s pocity, časovým rozvrhem, hladem a dostupností jídla.“ (Papežová, 2000, s. 14) Podstatné je, že zdravý člověk ovládá jídlo a ne jídlo jeho.

## 2 Mentální anorexie

Mentální anorexie (anorexia nervosa) patří mezi nejznámější PPP. Jednak za to vděčí mediím a dnešnímu kultu štíhlosti a také proto, že je to onemocnění PPP, jehož symptomy jsou laickému oku nejvýrazněji nápadné. „Slovo anorexia pochází z řečtiny a sestává z předpony an (ve smyslu ne-, bez-) a slova orexie (chuť k jídlu, žádostivost, snaha), znamená tedy snížený nebo scházející popud pro příjem potravy, zjednodušeně – nedostatek chuti k jídlu.“ (Leibold, 1995, s. 64) Tento doslovný překlad však nevyjadřuje anorexii ve skutečnosti, kdy se nejedná o nedostatek chuti k jídlu, spíše naopak, chuť je potlačována. Nedostatek chuti je někdy až příznakem dlouhodobého hladovění.

„MA je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním hmotnosti. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechťejí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce.“ (Krch, 2005, s. 16) Snižování váhy, potlačování pocitu hladu je pro pacienta jediným smyslem života. Má přímo patologický strach ze ztloustnutí a s tím je spojena fobie z potravy. Tato fobie se však stává i mánií, kdy se nemocný neustále potravou zabývá. Sbírá recepty, vaří pro ostatní, představuje si jídla, jen je sám nejí.

Zvládnutí pocitu hladu a nenajedení se je pro něj výhrou. Někdy tento boj s hladem prohraje a nají se, pak má ale silné výčitky a pocity viny, nebo se po dlouhodobém hladovění přejí často formou bulimického záchvatu. Vágnerová (2002) to popisuje takto: „Nepřiměřené hladovění může u některých jedinců vyvolat tak silnou potřebu jídla, že se neovládou a přejedí se. Záchvat „žravosti“ pak považují za důkaz vlastního selhání, vlastní slabosti, a proto na něj reagují pocity viny, depresi a úzkostmi. Aby se zkonsumované potravy zbavili a nehrozilo jim zvýšení váhy, vyprovokují zvracení nebo použijí projímadla. Tyto epizody se mohou opakovat.“ (Vágnerová, 2002, s. 230) Pro dívku trpící MA je jídlo hlavním nepřítelem, hlad jejím přítelem. Když cítí hlad, má pocit, že vítězí sama nad sebou.

MA může mít akutní nebo chronickou formu, nebo jedna může přecházet v druhou. Každá forma má odlišný průběh. U akutní formy je rychlý vzestup nemoci a stejně tak rychlý pád. Dívka výrazně omezí příjem potravy a zvýší výdej energie až do naprostého vyčerpání organismu. Na rozdíl od chronické formy, kdy dochází v řadě několika let k udržování jistého hmotnostního minima, aby nemocný mohl fungovat. Zde však může dojít k akutním fázím, které jsou nejčastěji důvodem hospitalizace nebo zahájením léčby. Stejně tak neléčená nebo neúspěšně léčená akutní forma MA může přejít do chronické. „Mentální anorexie a bulimie mohou proběhnout jako jediná epizoda s úplnou remisí, nebo s velmi dlouhodobým průběhem, nebo ve formě epizod opakujících se po mnoho let.“ (Krch, 2005, str. 23)

## **2.1 Potrava a porucha příjmu**

Jídlo jako potrava je jedním z hlavních témat MA, ve smyslu odmítání potravy, snižování potravy, omezování se v potravě, strachu z potravy. Většinou jídlo přináší člověku pozitivní pocity nasycení a je zdrojem libosti. Jak se může člověk vědomě rozhodnout toto si odepřít? Pro pochopení MA je důležité vnímat potravu jako symbol toho, jakým způsobem nemocné zacházejí ke svému životu. Pacientky trpící MA nejen odmítají jídlo, ale i další zdroje libosti, jako je například láska a péče druhých. Přijímat znamená nejdříve něco potřebovat, chtít, a u MA je typické potlačování až odmítání svých přirozených potřeb. Nemocné odmítají cítit hlad, odmítají požádat o pomoc a péči, odmítají se uzdravit. Jde tedy o celkově odmítavý postoj, který chovají sami k sobě a ke světu. Více dávají, než přijímají. Nejen v podobě potravy (více cvičí a méně jedí), ale tato narušená rovnováha příjmu a výdeje se projevuje i ve vztazích k druhým lidem.

Odmítání potravy vysvětluje Jackson (2004) v symbolickém pojetí potravy ve spojitosti s matkou. „Archetyp matky je s představou o jídle svázán velmi těsně. Matka je spřízněna s hmotou a jako Matka Země doslova produkuje všechny potenciálně požitelné substance. Umožňuje náš život, dává nám příležitost vyrůst a dozrát.“ (Jackson, 2001, s. 16) Hmota jako tělo, růst a dozrávání, to vše je u MA odmítáno. Od matky jsme poprvé vyživováni. To její mléko z jejího prsu sajeme, abychom přežili. Jsme na ni bezmezně závislí. Matka nás nejen krmí a vyživuje, ale dává nám i pocit bezpečí, jistoty a lásku. Jsou na ni závislé všechny naše potřeby v dětství. Avšak ne vždy se to, co dostáváme, shoduje s tím, co chceme nebo potřebujeme. Miluje a živí nás, jak nejlépe dovede. S dostatečnou empatií a porozuměním chce pro své dítě to nejlepší. Avšak tato empatie a porozumění mohou být někdy nevědomými tendencemi matky nás milovat a živit příliš, nebo nám lásku a potravu odírat, nebo jí dávat pouze jako odměnu. Matka nám v jistém směru určuje náš vztah k jídlu. V tom nejlepším úmyslu nás živí, avšak může se někdy stát, že neslyší naše přání a potřeby, krmí nás svou láskou a svou potravou i v momentě, kdy nechceme (období separace a později puberta) nebo potřebujeme jinou formu lásky a péče, než jaká je nám poskytována. „Potíže s jídlem u dětí mohou být výrazem jejich nespokojenosti s psychologickou potravou, kterou jim nabízí jejich matky.“ (Jackson, 2004, s. 19) Dítě, které ještě žije v symbiotickém vztahu s matkou, nerozlišuje své a matčiny pocity a nálady, proto se matčino emocionální rozpoložení výrazně odráží na dítěti. Pokud je matka plná úzkosti, obav, vzteku a jiných negativních emocí, dítě je cítí a jelikož to nejsou libé pocity, může je v její potravě odmítat.

## **2.2 Diagnostická kritéria mentální anorexie**

Vágnerová (2002) uvádí základní diagnostická kritéria ve třech bodech:

- 1) O mentální anorexii lze mluvit tehdy, jestliže dojde k úbytku váhy o 15 % proti normální hmotnosti.
- 2) Chování takového jedince je nutkavě zaměřeno na redukci vlastní hmotnosti. Dieta bývá spojena s nadměrným cvičením, které má podpořit hubnutí, event. s provokovaným zvracením, s užitím projímadel, anorektik a diuretik.
- 3) Vnímání vlastního těla je narušené, tyto dívky trpí bez ohledu na svou vyhublost pocitem, že jsou tlusté.

Krch (2005, s. 17) shrnuje diagnostická kritéria takto:

- 1) aktivní udržování abnormálně nízké hmotnosti (nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní nebo BMI nižší než 17,5)
- 2) strach z tloušťky trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost
- 3) u žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů

Při stanovení diagnózy MA je nutné vyloučit přítomnost jiných somatických či duševních poruch, které by mohly způsobovat nechutenství či nízkou tělesnou hmotnost.

„Čtvrtá revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch dělí MA na restriktivní formu, kdy se u pacientů neobjevují záchvaty přejídání a vyprazdňování (např. zvracením, užíváním diuretik, laxativ) a typ bulimický či purgativní, kde se střídají epizody přejídání a vyprazdňování.“ (Novák, 2010, str. 11)

### **2.3 Průběh a symptomy onemocnění**

Podle Krcha (2005, s. 22) představují nemocní MA velmi různorodou skupinu s různým průběhem. „Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku 13 až 20 let.“ (Krch, 2005, s. 22) Dívka se rozhodne zhubnout a postupně ubírá v jídle a nachází čím dál větší zalíbení ve shazování kil. Počátek poruchy by se dal připodobnit k redukční dietě, avšak s tím rozdílem, že anorektička po zhubnutí pokračuje dále a nezačne znovu normálně jíst. Její vnímání vlastního těla je nerealistické. Přestože je vyhublá, stále se vidí tlustá a to ji nutí pokračovat dál v hubnutí. Kilogramy jdou zpočátku rychle dolů a je zde přímá úměra ve shazení kilogramů a euforické pozitivní nálady. Až později dojde k vyčerpání organismu a depresivním stavům. „Tělesná hmotnost postižených se rychle snižuje, síla se ztrácí, ale přesto má hodně pacientů sklon k tomu, aby udávali svému nedostatečně vyživovanému tělu přehnané výkonnostní úkoly. Čím dál hrozivější signály těla jednoduše ignorují.“ (Leibold, 1995, s. 64) Ztrácí pud sebezáchovy a postupně vypouští doposud důležité vztahy, zájmy a koníčky. Jejich jediným cílem a smyslem se stává hubnutí a boj s hladem.

Prvním viditelným symptomem MA bývá výrazný úbytek hmotnosti a snížený příjem potravy. Nejdříve dívka vynechává hlavní jídla a snaží se jíst například pouze ovoce, zeleninu a postupně ubírá i tento minimální přísun potravy, až je schopna jíst denně pouze jedno jablko, list salátu nebo již v krajním případě plátek citrónu. Dívka nereaguje na domluvy rodin, přátel, naopak jejich výtky jsou jí často jen potvrzením jejího konání. Nevěří jejich slovům, že už je příliš hubená, dokonce je schopna si myslet, že jí lžou, nebo že si z ní dělají legraci. Nemoc zcela pohltí mysl pacientky, která není schopna racionálního smýšlení. Čím více okolí tlačí na to, aby dívka normálně jedla a přibrala, tím více se dívka izoluje do svého světa. V okolí nenachází pochopení pro své činy, a tak se uchyluje k výmluvám a lžím. Vymlouvá se, že nemá hlad nebo že už má dost. Snaží se jíst o samotě, často si nabere normální porci a pak to vyhazuje do koše, do záchodu, prostě se jídla jakýmkoli způsobem zbavuje. V této fázi by již rodina či přátelé měli rozpoznat, že se nejedná pouze o dietu, ale o vážnou poruchu. Dívka se stává uzavřenější, jsou u ní výrazné výkyvy nálad, přecitlivělost a podrážděnost. Na domluvy může reagovat i agresivně. Kdo se jí snaží pomoci, je vnímán jako nepřítel.

Po této fázi nastává kritické období, kdy se objevují první vážné tělesné potíže. Vyhublost, vypadávání vlasů, nezdravá barva kůže, zimomřivost, malátnost, zažívací potíže, ztráta menstruace, zpomalená činnost vnitřních orgánů. Buď postižená dívka začne pod nátlakem okolí jíst normální stravu, nebo se dostane do rukou odborníka, který jí pomůže překonat akutní formu MA. „Jiní se rozhodnou konzumovat alespoň život zachovávající minimum potravy a udržovat sníženou tělesnou hmotnost, sice ne natolik, aby došlo k ohrožení života, ale kterou oni považují pro sebe za ještě přijatelnou. Stanou se tak chronicky mentálně anorektickými, což je stav, který může pak být stabilní po celý život, ale za určitých okolností, například při stresu, může přejít opět do akutní mentální anorexie nebo jiné poruchy příjmu potravy.“ (Leibold, 1995, s. 66) Poslední část pacientů na radu okolí nedbá, jejich naléhání má ještě prohlubující účinek na nemoc, která zcela pohltí mysl pacienta a zde jsou bohužel případy končící smrtí.

„K nejnápadnějším příznakům mentální anorexie patří nezlomná, dlouhodobě trvající činnost postižených, ke které se svou železnou vůlí nutí ještě překvapivě dlouho poté, kdy už pro extrémní vyhubnutí trpí značnými tělesnými potížemi a rychlým úbytkem sil.“ (Leibold, 1995, s. 69) Tato činnost však může jen mást okolí. Rodina nemusí zasáhnout již v této době, protože anorektička vykazuje vitalitu, i když je výrazně hubená. Hubenost může rodina přikládat právě těm všem aktivitám, které dívka provádí. „Pokud se včas nezastaví činnost nemocných mentální anorexií, pak se doslova energeticky „spálí“ a poté se úplně



zhrouť. Takové těžké vyčerpání může skončit smrtelně nebo zanechat trvalé následky.“ (Leibold, 1995, s. 70)

## **2.4 Chronická mentální anorexie a její projevy**

Chronická forma MA není na první pohled tak viditelná jako akutní forma, protože jedinec není tolik vyhublý, jí určité minimum potravy a dokáže normálně fungovat. Může být dokonce mylně považována za vyléčenou MA. Avšak dochází zde ke stálému poškozování těla a psychiky. Pacienti pouze přistoupí na kompromis mezi odmítáním potravy a pochopením toho, že určitý příjem potravy je uchrání před případnou smrtí, vážnými zdravotními následky, či neustálým nátlakem okolí, aby jedli. „Celý svůj postoj k jídlu zaměřují na udržení akceptované hmotnosti, aby ji udrželi pokud možno co nejpřesněji. Pokud se jim to podaří, nevyvíjí ani okolí další nátlak.“ (Leibold, 1995, s. 87)

Rodina či přátelé jsou si vědomi toho, že pacient není ještě vyléčený, ale většinou po předchozí zkušenosti s akutní MA jsou rádi, že jí alespoň něco a nevypadá tolik nezdravě. Pacient se však dostává do začarovaného kruhu. Svou dřívější posedlost hubnutím teď vyměnil za posedlost dodržováním dané váhy, kterou si určil a tomu vše přizpůsobil. Stále přetrvává strach z tloušťky, z každého pozitivního gramu tuku. „Udržování jednou akceptované tělesné hmotnosti není pro chronického mentálního anorektika lehkou záležitostí, je ale nepostradatelné pro jeho vnitřní rovnováhu. Proto tomu věnuje hodně času a energie. Přitom musí bojovat stejně s hladem jako s pokušením opět snížit příjem potravy. Obojímu může zabránit pouze přísnou kontrolou svého chování u jídla.“ (Leibold, 1995, s. 87) Takový pacient může konzumovat přesně odměřené množství potravy. Vše si váží, aby náhodou nepozřel o nic více, než musí. Pokud se takto stravuje v rodině, je nutné oddělit jeho stravu od ostatních, protože se stále ještě bojí normální stravy. Pacient dává přednost nízkokalorickým jídlům, bez oleje a tuků, nejčastěji konzumuje ovoce a zeleninu, celozrnné produkty. Tato jeho strava by se dala považovat za zdravou výživu, jen s tím rozdílem, že u pacienta s chronickou MA je každý den boj. Boj s myšlenkami, aby přestal jíst úplně. Boj o to, aby jedl. Je to každodenní dilema, které značně vyčerpává. „Zatímco akutně anorektičtí podstupují takovou újmu rádi a jsou hrdí na svou důslednost, cítí nemocný chronickou mentální anorexií, že toto chování je nenormální. To u něj vyvolává pocity hanby a viny s depresi, není ale schopen toto chování vlastními silami změnit. Trvalý stres z kontroly jej nakonec může dovést k tomu, že se opět přikloní k akutní anorexii. Vyskytují se ale také pacienti, kteří toto chování vydrží po celý život s téměř nelidskou důsledností.“ (Leibold, 1995, s.88)

## **2.5 Následky mentální anorexie**

Následky MA se liší individuálně podle délky trvání a fyziologie nemocného jedince. Kromě tělesných a psychických následků toto onemocnění postihuje také sociální vazby jedince s okolím. Záleží na výchozí váze na počátku onemocnění a odolnosti každého organismu, jak dlouho dokáže žít z vlastních rezerv při hladovění. Jelikož anorektický pacient nejen nedodává tělu energii, ale ještě ji spaluje nadměrným cvičením a aktivitou, dokáže pak tělo těsně před zhroucením fungovat snad jen silnou vůlí nemocného. Když dojde ke zhroucení organismu vlivem podvýživy, nastává většinou hospitalizace, aby toto vyčerpání nepřešlo do smrtelného stádia. „Dlouhodobé zdravotní důsledky anorexie jsou velmi závažné. Pokud se anorektička začne léčit v raném stadiu poruchy, má větší šanci, že se vyléčí a že předejde dlouhodobým zdravotním problémům.“ (Maloney, 1997, s. 67)

### **2.5.1 Somatické následky**

„Zažívací orgány jsou brzy zasaženy nedostatečnou výživou. Na žaludku mohou vznikat záněty sliznice i žaludeční vředy.“ (Leibold, 1995, s. 75) Zpomaluje se střevní činnost, dívky trpí zácpami a bolestmi břicha. „Sníženým příjmem potravy se shromažďují ve střevech jedovaté zplodiny látkové přeměny, které jsou opětovně vstřebávány do těla a způsobují tak lehkou sebeotravu s bolestmi hlavy, nadýmáním a nečistou kůží.“ (Leibold, 1995, s. 75) Dochází k srdečním komplikacím, poklesu krevního tlaku a zpomalení pulsu. Pokud anorektička namáhá srdce ještě intenzivním cvičením, srdce se silně přetěžuje. Dívka může zpočátku jako signál poškozování srdce pociťovat závratě či mdloby. „Nedostatečnou výživou je u anorektiků postižen celý organismus, proto se mohou vyskytnout další symptomy, k nimž patří především chronický nedostatek vitamínů, minerálních látek a stopových prvků, který například vede k chudokrevnosti (nedostatek železa), abnormálnímu sklonu ke křečím (nedostatek vápníku a hořčíku), poruchám nervové činnosti (nedostatek vitamínu B) a chybné funkci štítné žlázy (nedostatek jódu). Kromě toho dojde časem také k výraznému nedostatku bílkovin, který značně naruší tělesný i duševní vývoj.“ (Leibold, 1995, s. 78) Podvyživené tělo je více náchylné k onemocněním typu chřipky, nachlazení. Dále dívkám padají vlasy, kůže se stává suchou a přecitlivělou a dochází k nadměrnému ochlupení kůže.

### **2.5.2 Psychosociální následky**

Důsledky hladovění se projevují nejen na těle, ale také především na psychice a sociálních vztazích pacientky, kterou zužují střídající se euforické a depresivní stavy, pocity úzkosti, viny, hanby a studu. „Zhoršení nálady a deprese vychází z pesimismu, ztráty naděje a

neschopnosti najít v životě radost.“ (Papežová, 2000, s. 52) To má samozřejmě vliv na sociální život pacienta, který bohužel pod vlivem nemoci je částečně či zcela narušen. „Typický anorektik kolísá ve svém chování vůči blízkým mezi přehnanou starostlivostí o blaho druhých a svými pocity nadřazenosti, které způsobují, že často působí arogantně. Proto se sociální vztahy s nemocnými vytvářejí velmi problematicky. Nakonec se známí a přátelé od anorektiků odtahují a ti pak jsou pomalu čím dál tím více izolováni.“ (Leibold, 1995, s. 81) S nemocným je těžké udržet zdravý vztah, jelikož dobře míněné rady ze strany přátel nebere vážně a často na ně reaguje agresivně, odmítáním a chápe je jako nepřátelský postoj. Do sociální izolace se však anorektik může dostat sám, poněvadž u něj zájem o mezilidské vztahy přebíjí zájem o jeho váhu a vlastní tělo. Může působit dojmem sobeckého člověka, který se zabývá jen sám sebou. Tento člověk je však psychicky nemocný, a tak by místo apelování na zdravý rozum měli přátelé a rodina apelovat na co nejčasnější návštěvu odborného lékaře. Zdravý rozum je totiž u MA sice zachován, ale dočasně nahrazen anorektickým nezdravým rozumem, jenž má značnou převahu.

### **2.5.3 Mortalita, suicidalita a sebepoškozování**

MA je závažná především pro svoji vysokou mortalitu. „Mentální anorexie stále patří mezi nejletálnější psychické poruchy s úmrtností mezi 2-8 %. Ve srovnání s ostatními duševními poruchami je úmrtnost u MA v průměru třikrát vyšší. Nejčastěji uváděnou příčinou úmrtí je vyhublost a sebevražda a v poslední době i alkoholismus.“ (Krch, 2005, s. 23) „I na nemoc samotnou se vlastně můžeme dívat jako na pomalý způsob sebevraždy.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 115) Nemocná i přes svou vyhublost a ohrožení života odmítá jíst a přibrat, a tím si zachránit život. Toto zcela nepochopitelné chování ve skutečnosti nemusí znamenat, že by nemocné chtěly zemřít. Ony odmítají svůj život, protože neví jak žít. „Většinou mají dojem, že nedokáží zvládat svůj vlastní život tak, jak by chtěly.“ (Maloney, 1997, s. 57)

Tendence k sebevraždám jsou zapříčiněny nesnesitelnými psychickými a později vlivem naprosté podvýživy i fyzickými bolestmi, které pacient prožívá. „Příčinou smrti kromě komplikací kachexie je suicidium. Asi 2% anorektiček dokonane suiciduje.“ (Koutek, 2003, s. 23) S váhovým úbytkem souvisí daleko častější výskyt deprese, která dokáže stav pacienta významně zhoršovat a udržovat ho v jeho bezvýchodné situaci. „Depresivní symptomatika je u anorexie konstatována v 25-75 %.“ (Koutek, 2003, str. 66). Pacient si zajisté uvědomuje, co si svým chováním způsobuje a to nejen sobě, ale i svým blízkým, avšak to ho ještě více utvrzuje v jeho nicotnosti a špatnosti a zvyšuje riziko sebevraždy. Dalším impulzem k sebevraždě může být reakce na léčbu, kdy je pacient nucen k léčbě okolím či svým špatným

zdravotním stavem. Pokud je léčen bez své vlastní vůle a motivace, po zvýšení váhy (často pod vlivem nátlaku v nemocnici nebo rodině) může dojít častěji k recidivě anorexie, nebo se prohloubí deprese, která může dále vyústit v suicidální chování.

MA jako sebehladovění je již jistým výrazem sebepoškozování. Avšak anorektičky se mohou poškozovat i jinými způsoby. „Někdy jsou jejich duševní muka tak silná a intenzivní, že si způsobují různá poranění, aby je na chvíli nahradili nějakou jinou bolestí. Někteří jedinci si drásají, škrábají nebo pořezávají kůži.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 109) Jedná se další formy trestání se a ulevování duševní bolesti a ventilaci potlačovaných negativních emocí.

## **2.6 Etiologie mentální anorexie**

MA vzniká spolupůsobením více faktorů, což činí z této poruchy nejednoznačnou a těžko uchopitelnou nemoc, především v její léčbě. „Odborníci se shodují, že neexistuje žádná specifická příčina mentální anorexie a mentální bulimie, jejíž odstranění by automaticky vedlo k vyléčení.“ (Marádová, 2007, s. 16) Jde tedy o souhrn několika faktorů, které se na vzniku MA podílí. „Téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivů různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů.“ (Krch, 2005, s. 57) V současnosti se hovoří o bio-psycho-sociální podmíněnosti PPP, které zahrnují multifaktoriální pohled na MA. Pro pochopení MA a její vyléčení je tedy nutné chápat všechny souvislosti a všechny možné faktory, protože úspěšná léčba vyžaduje nejen léčbu symptomů MA, ale právě také jejich příčin. V následujících kapitolách bych chtěla vystihnout co nejvíce možných teorií o vzniku PPP, se zaměřením na MA.

### **2.6.1 Sociální příčiny**

„Poruchy příjmu potravy se neobjevují rovnoměrně ve všech kulturách a dobách. Posedlost štíhlostí, která je klíčovým rysem poruch příjmu potravy, je koncentrována v kulturách s nadbytkem potravy. V kulturách s nedostatkem jídla je ideálním zaoblený tvar těla, což naznačuje, že ideály mají sklon nabývat podob, kterých je obtížné dosáhnout. V tomto smyslu může pak být společnost, která žije v kalorickém nadbytku, považována za příčinu poruch příjmu potravy.“ (Novák, 2010, s. 36) V rozvojových zemích, kde lidé trpí nedostatkem jídla a podvýživou je naopak obezita kritériem bohatství a úspěchu. „V blahobytných společnostech, kde jsou potraviny běžně dostupné, je obezita asociována s chudobou a nízkým ekonomickým statusem. V tzv. primitivních kulturách, které vynakládají na obstarávání potravin mnohem více úsilí, je tomu naopak.“ (Novák, 2010, s. 51)

Z tohoto hlediska by se na anorexii mohlo pohlížet i jako na jakýsi vědomě provedený protest vůči dnešní společnosti nadbytku.

Zajímavý pohled na MA ve spojitosti s kulturními vlivy má Jackson (2004), která chápe extrémní požadavky na štíhlost v naší společnosti jako výraz znechucení z velikášství a psychické nabubřelosti našeho materialistického věku. „Krajní odříkavost, jakou vidíme u osob trpících mentální anorexií, je jistou paralelou k dřívější, současným světem odmítané askezi, v minulosti praktikované za účelem duchovního rozvoje, ovšem ve značně parodované podobě.“ (Jackson, 2004, s. 127) Materiálně je spojeno s hmotou, s tělem, a naše ateistická společnost, která trpí i nedostatkem duchovního vnímání, může klást takový důraz na štíhlost ve smyslu odlehčení materiálu a pokusu o přiblížení se opět k Bohu. U MA jde o extrémní případ, který může být pouhým odrazem těchto tendencí, avšak jen jako počáteční motiv. Častější je asketismus v různých náboženstvích, kde odříkání a striktní dodržování jídelních režimů podporuje duchovní růst, nikoli duševní nemoc.

MA je tedy spojena se západní kulturou, která je charakteristická svým tlakem na jedince ve výkonnosti, kráse a úspěšnosti a důrazem na vzhled a štíhlost. Je důležité, jak se daná kultura k tělesnu a stravě staví. Společnost a její kultura ovlivňuje člověka již od narození v procesu socializace. Jedinec se učí nejdříve vlivem rodiny a následně širší společnosti začlenit do společnosti jako celku, aby byl schopný v ní přirozeně fungovat. Společnost a kultura má však svůj největší vliv už v samotné rodině, kde jsou společenské ideály a tradice výchovou dítěti předávány. Samotná kultura bez vlivu rodiny nemá zpočátku na jedince vliv. Rodina a její postoj k dané kultuře je v tomto smyslu daleko zásadnější nežli samotné tendence společnosti. Ty se v rodině pouze odrážejí a zprostředkovávají člověku od narození. „Spojení vlivu kultury a rodiny poskytuje nejobvyklejší okolnost, při níž dochází k rozvoji poruch příjmu potravy.“ (Novák, 2010, s. 22) Jde především o rodinu, jak dokáže své dítě před tlakem společnosti ochránit tím, že v něm vypěstuje zdravé sebevědomí, identitu, a schopnost mít se rádo takové, jaké je. Proto by společnost neměla být vnímána jako hlavní příčina onemocnění MA. Je spíše zajímavé, jak se tato kultura odráží v samotných rodinách, jejich způsobu fungování a výchově dětí.

### **2.6.2 Biologické příčiny**

„Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví. Stačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší. Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy a muže.“ (Krch, 2005, s. 61) Stejně tak se děje s rozdílným oceňováním a hodnocením muže a ženy. „Ve věku šesti let jsou již rozvinuty vzorce nezávislého chování. Chlapci jsou povzbuzeni vypořádáváním se

s mnoha situacemi, v nichž si osvojují některé dovednosti. Jejich sebevědomí není závislé na přijetí druhých, pocity hrdosti přicházejí ruku v ruce s dosaženými úspěchy. Dívky jsou odměňovány za příkladné chování, pokud nedělají hluk, a nebo jsou tak „hodné“, že o nich okolí vůbec neví a jsou chváleny podle toho, do jaké míry potěší okolí, než za své dovednosti. Dívčí sebedůvěra se pak odvíjí od uspokojivosti vztahů s druhými, kteří z vnějšku potvrzují jejich sebeúctu.“ (Novák, 2010, s. 41) Ženy jsou hodnoceny za svůj vzhled a touží po pozitivním hodnocení, nejvíce právě v období puberty. Zde dochází u dívky k největším tělesným, psychickým a sociálním změnám, z kterých mohou mít strach daleko více než ze samotné dospělosti. „Mentální anorexie se objevuje ve chvíli, kdy mladé dívky čelí změnám nebo novým požadavkům, kterým nejsou schopny se přizpůsobit. Počátkem puberty (tj. mezi 11-12 rokem) dochází u dívek k charakteristickým tělesným změnám (přibírání váhy, tvarování postavy, počátkům menstruačního krvácení). Existují mnohé doklady o tom, že bouřlivé prožívání fyziologických změn v období puberty, adolescence je rizikovým faktorem v rozvoji mentální anorexie.“ (Novák, 2010, s. 16)

Nové změny se netýkají pouze těla, ale i psychiky a emocionálních potřeb dospívajících. Dochází k silnější potřebě uznání a lásky, což činí adolescenty zranitelné vůči sebemenším kritikám od okolí, které jejich křehkou identitu mohou narušit. „Poruchy příjmu potravy slouží jako zoufalý pokus regulovat zahlcující pocity a konstruovat smysluplný pocit sebe sama, když se jedinci nedostává podpory z vnějšího okolí.“ (Novák, 2010, s. 17) Toto tvrzení o nedostatku podpory je však nejednoznačné, protože vyhovět potřebě adolescenta je velmi obtížné, především v rodině, kde je potřeba lásky a přijetí primární. Pubescent se sice ve svých potřebách obrací směrem ven z rodiny na své okolí, vrstevníky, společnost, avšak stále svou rodinu a její podporu potřebuje. Zde může nastat konflikt, protože on sice zoufale lásku potřebuje, ale od rodiny ji odmítá, protože to považuje za dětinský projev. Rodiče ještě mohou chovat ke svému dospívajícímu dítěti a postoje jako k dítěti a otevřeně mu lásku projevovat, ale pubescent v tom vidí ponížení a podkopávání jeho nové dospívající role. V tomto období je těžké s adolescentem navázat láskyplný harmonický vztah, ale není to nemožné.

#### **2.6.2.1 Skrytá nezávislost**

Období puberty a dospívání je nepochybně náročné pro každého jedince a jeho rodinu. Proč je však toto období tolik spojováno s MA? „S dospíváním je spojena také separace od rodiny, snaha po sebeprosazení a autonomii, což bylo akcentováno v souvislosti s rozvojem PPP zejména v psychoanalytické literatuře.“ (Krch, 2005, s. 64) Na jedné straně se chce dívka stát nezávislou a samostatnou (stejně jako při období separace v raném dětství, kdy je tato

zkušenost znovu prožívána v době puberty) a na druhé straně rodiče a jejich lásku, péči a povzbuzení stále potřebuje. „Dcera je vystavena mnoha protichůdným tlakům, chtěla by si vyzkoušet svou vzrůstající nezávislost, ale rodina ji přesvědčuje, že na to ještě není dost zralá. Pokud jim uvěří, cítí se neuspokojená a ošizená. Pokud se nenechá rodinou přesvědčit, ocitá se v ještě větším konfliktu.“ (Maloney, 1997, s. 12) Může cítit pocity viny za tuto svoji potřebu být nezávislá, může cítit, že svým chováním způsobuje rodičům trápení a může se také bát, že jejich lásku ztratí, pokud se stane nezávislou. Neschopnost dívky a rodiny se s touto situací přirozeně vypořádat může mít vliv na vznik MA. Jak již bylo výše uvedeno, potrava, která doposud byla spojena s rodičovskou láskou a péčí, se může stát onou oblastí, kde dívka svou autonomii získá. „U některých dívek z podobných rodin může v této situaci dojít k rozvoji poruch příjmu potravy. Mají pocit, že prostřednictvím diet mohou kontrolovat nějakou oblast svého života – svoje tělo a postavu. Anorektičky nebo bulimičky v těchto rodinách mívají pocit, že „utajovaná“ povaha anorexie a bulimie jim dává „tajnou“ nezávislost, tedy způsob jak dosáhnout vlastních cílů, aniž by riskovaly konflikt v rodině.“ (Maloney, 1997, s. 13)

Nemoc se tak stává jedinou oblastí, kde dívka může projevit svou nezávislost. Pokud výrazně nehubne, může se tato „nezávislost“ stát na dlouhá léta jejím tajným spojencem, avšak naprosto zabrzdí její přirozené dospívání, fyzické a především mentální. Její celá snaha o nezávislost je ve výsledku kontraproduktivní, z touhy po nezávislosti se dostane do závislosti daleko hlubší, než byla možná předtím.

### **2.6.3 Rodinné a genetické příčiny**

Když hovoříme o rodinných příčinách, nejde o to najít viníka, který může za onemocnění dívky, ale spíše o nahlédnutí do podstaty MA, která má své kořeny v rodině. Do vlivu rodiny by se dala zahrnout výchova, způsob komunikace v rodině, vztahy v rodině, celková rodinná atmosféra a způsob zacházení s emocemi a sociálními rolmi. Rodina ovlivňuje sebehodnocení jedince, postoj k jeho budoucím rolím, a také postoj k sobě samému, tělu a jídlu. Dítě se učí nejen výchovou, ale především nápodobou, proto je tolik důležité u PPP, jaký vztah k jídlu a svému tělu mají rodiče a blízcí nemocné. Existují i určité genetické dispozice pro vznik MA. Papežová (2003, s. 21) uvádí: „Genetický podíl tvoří 50-90 % při vzniku anorexie a 35-83 % u bulimie. Tato rodinná dispozice může spočívat v dědění některých povahových rysů, které jsou pro vznik onemocnění rizikové.“ Jde nejen o genetické dispozice, ale především o vzorce chování, které se dívka v rodině učí. Pokud sama matka trpí PPP, dcera má vyšší procento rizika vzniku téhož onemocnění.

Neexistuje jedna jediná výchovná tendence a typ rodiny, která by přímo způsobovala MA, i v tomto případě dochází ke konstelaci různých faktorů, které mohou vyústit v MA, ale také v nějakou jinou psychickou poruchu nebo potíže nejen dospívajícího, ale později dospělého člověka. Jaké se naučíme vztahy, postoje a role v rodině, v dospělosti užíváme nevědomě dále. V následujících kapitolách budou rozebírány různé teorie rodinných vlivů na MA, ale je důležité mít v paměti, že každá dívka nemocná MA má svou individuální anorexii způsobenou různými faktory, proto co platí u jedné pacientky, nemusí být aplikovatelné u jiné.

### **2.6.3.1 „Anorektická“ rodina**

V charakteristice rodin, kde se MA vyskytuje, se autoři rozcházejí. „Rodiny s anorektickým dítětem velmi detailně popsal Minuchin, který je společně se svými spolupracovníky charakterizoval jako rigidní, hyperprotektivní, obtížně vyjadřující své emoce, vyhýbající se konfliktům a konfliktním rozhodnutím.“ (Krch, 2005, s. 66). Minuchin et al. (in Krch, 2005, s. 66) přiřazuje těmto rodinám čtyři základní znaky:

- 1) Složitost přehnaně blízkých vztahů v rodině, kde blízkost a loajalita jsou ceněny více než samostatnost a seberealizace. Slabé mezigenerační hranice mohou způsobit spojení jednoho dítěte s rodičem a vyloučením druhého rodiče na okraj.
- 2) Vyhýbání se konfliktním situacím, a pokud nastanou, nedokáže je rodina řešit.
- 3) Nadměrná citlivost k potřebám ostatních členů rodiny vede k nadměrné ochraně.
- 4) Rodina má ve své rigiditě limitované a pevně stanovené modely interakce. Měnící se potřeby dospívajícího dítěte se snaží spíše absorbovat, než se jim přizpůsobit.

Novák (2010, s. 24) hovoří o rodinách spleťtých, obtěžujících a hostilných, které popírají emocionální potřeby pacientek. „Zvýšené riziko rozvoje poruch příjmu potravy představuje nedostatečná komunikace v rodině, chybějící rodičovská péče, nízké očekávání rodičů, sexuální a fyzické zneužívání, malá otevřenost při diskutování mezi členy rodiny, současný výskyt absence rodičovské kontroly a láskyplného vztahu k dítěti, nízká uspořádanost a nízká nezávislost.“ (Novák, 2010, s. 24)

Tak jako neexistuje dokonalý člověk, neexistuje ani dokonalá rodina, každá má své klady a zápory, některá klade na dítě příliš mnoho požadavků, některá neklade žádné, někde je zvýšená ochrana dítěte, někde minimální, a na každého jedince tyto výchovné tendence budou působit jinak. Proto nelze jednoznačně určit typ „anorektické“ rodiny. Spíše je důležité, jak rodina působí na jedince v otázce vyjadřování a uspokojování jeho potřeb, jak ho ovlivňuje v jeho sebepojetí a zda mu vytváří láskyplné přirozené prostředí k fyzickému a psychickému růstu.



### **2.6.3.2 „Anorektická“ matka a otec**

Osoba matky (nemusí jít pouze o biologickou matku, ale osobu, která dítě vychovává a formuje od raného dětství) je u MA zcela zásadní. „„Anorektické“ matky jsou někdy popisovány jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní. Protože matka je prvním zdrojem potravy dítěte, byla samozřejmě spojována i se vznikem a rozvojem jídelní poruchy.“ (Krch, 2005 s. 66) Autor poukazuje na přílišnou závislost matky a anorektického dítěte, spojenou s některými údajně velmi ambivalentními mateřskými postoji. Jak tyto ambivalentní postoje vypadají a jak mohou ovlivnit vznik MA? „Poruchy příjmu potravy se objevují ve věku, kdy se mnoho mladých žen vyrovnává s úkolem opustit domov.“ (Krch, 2005, s. 67) Jak se s tímto úkolem a potřebou nezávislosti některé dívky vyrovnávají, jsem již uvedla. Dospívání dcery je však také náročným obdobím i pro matku. „Motivem úzkosti matky s dospívání dcery může být i hrozící separace dcery, která je jejím vývojovým úkolem. S osamostatňováním dítěte jsou spojeny zcela odůvodněné a přirozené obavy rodičů a zvláště matky.“ (Hajný, 2004, online) Matka si zajisté racionálně přeje, aby se její dítě vyvíjelo a dospělo ve zdravého jedince, ale podvědomě může cítit onu ztrátu kontroly nad jeho životem a tak může zesílit svůj vliv právě v období, kdy má být co nejmenší. Matčino ambivalentní chování spočívá tedy především ve snaze dát dítěti svobodu a na druhé straně v neschopnosti vyrovnat se s jeho nezávislostí.

Důležitá je samozřejmě i role otce ve formování osobnosti dítěte. Krch (2005, s. 66) charakterizuje otce jako pasivního, slabého a udržujícího si emoční odstup, někdy také však jako dominantní osobu, která udržuje dívku v roli dítěte nepřiměřeně dlouho, aby tak neztratil svou roli a autoritu. Nejvíce však dívka v době dospívání potřebuje od otce kladné přijetí a potvrzení svého ženskosti, které je spojeno s jejím tělem a vzhledem.

Potřeba přijetí oběma rodiči je pro každé dítě zásadní a oba dva mají nezastupitelnou roli v procesu jeho vývoje a dospívání. Je také důležité, aby se na dceru nepřenášely manželské konflikty, aby oba rodiče byli uspokojováni ve svých potřebách a ve vzájemném soužití. Více o rodinné problematice v souvislosti s MA viz kapitola „Mentální anorexie v rodinném kontextu“.

### **2.6.4 Rizikové povahové rysy**

Osobnost jedince a jeho povahové rysy jsou velmi podstatné pro vznik jakékoli psychické poruchy. Na osobnosti a její odolnosti vůči vnějším vlivům záleží možná nejvíce. Vliv rodiny a tlak společnosti působí na každého z nás, jen někteří jedinci s určitými povahovými rysy jsou však ke vzniku PPP náchylnější.

Papežová (2000, s. 15) uvádí jako rizikové tyto povahové rysy:

- perfekcionismus – snaha být naprosto dokonalá a tím utišit enormní sebekritičnost a nízké sebevědomí
- zranitelnost – nejistota ohledně sebe sama vede k výrazně zvýšené snaze zalíbit se druhým
- nestálost – kontrola nad jídlem zastupuje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi
- puritánství a asketizmus – překonat vlastní potřeby, včetně jídla, je považováno za morální a očišťující
- sebetrestání – dívky se mohou trestat za to, že mají problém, se kterým se neumějí vyrovnat. Kdyby byly perfektní, neměly by problémy nebo by je měly pod kontrolou.

„Anorektické dívky bývají spíše introvertované, ve vztahu k lidem jsou často nejisté, rezervované, uzavřené a nedůvěřivé. Bývají senzitivnější, dovedou hluboce citově prožívat. Zvýšená sebekontrola se projevuje i ve vztahu k emocím, které mají snahu potlačovat. Trpí zvýšenou úzkostností a bývají častěji depresivní.“ (Vágnerová, 1999, s. 233)

### **2.6.5 Životní události**

Jak již bylo zmíněno, MA vzniká v důsledku souhry několika faktorů, neexistuje jen jedna příčina. Do těchto příčin by se daly uvést i různé životní události, které v kombinaci s výše uvedenými faktory mohou přispět ke vzniku MA. Většinou se stává, že tyto životní události jsou už jen onou „poslední kapkou“ ke vzniku poruchy. „Nejčastěji jsou u pacientů zmiňovány různé nárazky na tloušťku a tělesný vzhled, sexuální nebo jiné konflikty, významná životní změna, osobní nezdár nebo nemoc a problémy v rodině nebo odloučení od rodiny.“ (Krch, 2005, s. 64) Tyto životní události jsou často mylně považovány za příčiny onemocnění. Jedná se o „spouštěče“ onemocnění, nikoli příčiny. Dívka již musí v sobě mít určité predispozice k onemocnění vlivem řady dalších faktorů.

### **2.6.6 Stav utvrzeného negativismu**

Zajímavý pohled na příčiny PPP přinesla Claude-Pierre (2001), která tak dává komplikovanému a multifaktoriálnímu pojetí příčin PPP zcela konkrétní a jasný názor. Její termín „Stav utvrzeného negativismu“ (dále SUN) popisuje souhrn myšlenkových pochodů postihující osoby s PPP, které jsou příznakem SUN. Předpoklady ke vzniku SUN vznikají v raném věku. Nejen PPP jsou příznaky SUN, ale mohou to být deprese, agorafobie, záchvaty zuřivosti, utkvělé představy a další poruchy, které jsou projevem duševního utrpení těchto lidí. „SUN předchází poruchám příjmu potravy a je základem této choroby. Anorexie nebo

bulimie je jen příznakem – SUN je podstatou, kterou je třeba odstranit.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 53)

Claude-Pierre (2001) vidí původ negativní mysli ve vrozených predispozicích jedince, avšak samotný předpoklad nestačí k tomu, aby se SUN projevil. Je zapotřebí dalších vlivů rodinných a sociálních. „Přemrštěný pocit odpovědnosti, který je charakteristickým znakem vrozeného předpokladu k SUN, se často projevuje již v útlém věku. Mnoho rodičů si zpětně uvědomuje, jak neobvyklý zájem a starost o ostatní jejich dítě projevovalo, a to i ve věku, kdy se většina dětí považuje za střed všeho dění.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 62) Většina pacientů PPP vykazuje větší dávku starostlivosti a péče o své bližní a již v době dětství se více než jejich vrstevníci starají o blaho a potřeby druhých. Jelikož však dítě nemůže řešit a brát zodpovědnost za dospělého, není to v jeho schopnostech a silách, dochází z dětského pohledu k jeho selhání. Toto selhání je kořenem PPP, kdy pacient cítí až chorobnou vinu a trestá za selhání, kterému se v jeho věku nebylo možné vyhnout. „Oběť SUN už není schopná unést tíhu zodpovědnosti, kterou cítí za starosti své rodiny a za svou neschopnost alespoň zmírnit problémy celého světa. I přes nemožnost takového úkolu cítí stále jakousi vinu.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 72) Tato vina jim brání se najíst, tato vina jim brání požádat o pomoc, tato vina jim brání žít. A čím více jsou vztahy k rodičům bližší a upnutější, o to větší vinu ze selhání cítí. „Pacienti milují své rodiče tak, že před nimi nemohou jíst. Nejsou toho hodni. Jen velice zřídka si povolí nějakou drobnou radost. Mají neustále pocit, že zklamali, když se jim nepodařilo ochránit své rodiče od všech nepříjemností. Už to, že žijí, považují za projev vlastního sobectví. Jsou hluboce přesvědčeni o tom, že zklamali své rodiče.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 73)

Toto autorčino přesné pojmenování příčin a nový pohled na nemocné MA jako oběti negativní mysli jen odhaluje další stránky tohoto závažného onemocnění. Autorka hovoří především o případech chronické MA, kde selhává klasická léčba PPP nebo se nedaří její vyléčení.

## **2.7 Komorbidita**

S MA souvisí další psychické potíže, mezi které nejčastěji patří deprese, úzkosti a obsedantně-kompulzivní porucha. Leibold (1995) MA řadí mezi chorobné návykové závislosti. Tyto potíže jsou samostatnými diagnostikovatelými poruchami, mající svá vlastní kritéria, etiologii a léčbu. Někteří autoři chápou anorexii jako projevy těchto poruch, někteří naopak poruchy jako projevy MA, a někteří je staví zvlášť vedle sebe. Často se hovoří o vymizení těchto potíží s vymizením anorexie. Je však otázkou, zda by se měla léčit pouze anorexie, nebo zahrnout do léčby i terapie výše zmiňovaných poruch a tím usnadnit léčbu

samotné MA. Při těžkých depresích či úzkostech je medikamentózní léčba zařazena do terapie MA.

### **2.7.1 Mentální anorexie jako návyková závislost**

Celá problematika PPP je pro většinu lidí zcela nepochopitelná. Nechápu, jak někdo může zcela vědomě odmítat jídlo nebo jej záměrně zvracet, jak někdo, kdo je dostatečně hubený stále tvrdí, že musí dále hubnout. Toto nepochopení často prohlubuje konflikty mezi nemocnými a jejich blízkými. Kde není pochopení, těžko se najde pomoc. Proto rady typu, ať se dívka prostě nají, a bude po problému, vedou pouze ke zlehčování, nedorozumění a odcizení. Krch (2005) spojuje PPP k závislostem. „Obě poruchy narušují psychický a sociální život nemocného, jsou spojeny s nadměrným zaujetím danou substancí (jídlem, alkoholem, atd), vedou nemocného do izolace a k podvádění apod.“ (Krch, 2005, s. 76)

„Návyková chorobná závislost – narkomanie, toxikomanie, apod. – je charakterizována nekontrolovatelnou touhou po dalším užitím omamující látky se sklonem k postupnému zvyšování dávky a s tělesnými i psychickými abstinenčními projevy jako příznakem závislosti, když návyková látka není postiženému volně přístupná. Místo drog a omamných látek používají postižení poruchou příjmu potravy potravu jako drogu tím, že ji přijímají v nadměrném anebo nedostatečném množství. Toto chování se rozumem a vůlí nedá kontrolovat.“ (Leibold, 1995, s. 9) Mentální anorektička, která jí čím dál tím méně, se dá přirovnat k postupnému zvyšování dávky u narkomana. V jeho světě se vše točí pouze kolem drogy, a stejně tak u PPP se vše točí kolem jídla. Narkoman či alkoholik svůj život přizpůsobuje droze, čím větší jeho závislost je, tím hůře dokáže fungovat v realitě. Mysl je ovládána drogou, touhou po droze, mysl anorektičky je ovládána jídlem, touhou po zhubnutí. Jídlo se stává závislostí, která vyžaduje stejně odpovídající léčbu jako u jiných typů závislostí. Bulimický záchvat by se tak dal ještě lépe vysvětlit na bázi závislosti. Alkohol či drogy jsou prostředky, kterými lidé často unikají od svých problémů. Po požití drogy problémy načas zmizí, zmizí i nepříjemné pocity a bolesti duše. Mysl a duše je otupena drogou, narkoman zažívá pocit uvolnění, naplnění, zdánlivého klidu. Podobné se děje bulimičce při jejím záchvatu žravosti. Tělo si žádá drogu – jídlo. Nedokáže myslet na nic jiného, než na to, až se nají a pak to vyzvrací. Pocity, kdy se cpe nadměrným množstvím jídla, se dají přirovnat k euforii, kterou zažívá narkoman. Jako by se jídlem snažila vyplnit prázdnotu, bolest a nejistotu, kterou má uvnitř. „O poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V obtížné situaci se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla nebo diety. V jistém smyslu se u jídelních poruch jedná o závislost na jídle,

podobnou jako závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislost na drogách u toxikomanů.“ (Maloney, 1997, s. 7)

### **2.7.2 Deprese a úzkost**

Nejvíce je MA spojována s depresivní poruchou, protože vykazuje podobné příznaky. Raboch (2001, s. 92) popisuje depresivní poruchu takto: „Pro depresivní epizodu (F32) jsou typické poruchy nálady (smutná nálada, neschopnost prožívat radost-anhedonie, ztráta zájmů, nižší motivace pro jakoukoliv aktivitu, apatie nebo anxieta), poruchy myšlení a vnímání (snížená koncentrace, nerozhodnost, ztráta sebevědomí, pocity viny, beznaděj, přání zemřít, sebevražedné myšlenky), poruchy psychomotoriky (retardace až stupor, nebo agitace až nekontrolovatelná hyperaktivita).“ Všechny tyto příznaky jsou časté i u MA. „U pacientek s mentální anorexií a bulimií se velmi často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky.“ (Krch, 2005, s. 69) Dále Krch (2005) uvádí, že 20 % anorektiček a 40 % bulimiček splňují v průběhu onemocnění kriteria velké depresivní poruchy.

Depresivní a úzkostné příznaky však mohou být způsobovány hladověním a nedostatečnou výživou. Nedostatek živin se neprojevuje pouze na těle a jeho hubnutím, ale také na fungování nervového systému a činnosti mozku. Deprese je doprovázena nebo způsobována nedostatkem neuropřenašeče serotoninu, který se získává také z potravy. Strava je úzce spjata s psychikou, proto se její nedostatek projeví i v té oblasti. „Symptomy deprese bývají vysvětlovány jako důsledek různých zdravotních, psychických a sociálních problémů spojených s malnutricí, nepřiměřenou sebekontrolou nebo naopak s neschopností se neustále kontrolovat. Většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost.“ (Krch 2005, s. 70) Jde o abnormální obavy, které výrazně ztěžují pacientkám život. Je zajímavé, nakolik je propojena nálada (depresivní, manická, či úzkostná) s jídlem a hmotností nemocné. Ukazatel hmotnosti na váze (pacientka s MA se váží i několikrát denně) by se dal chápat jako ukazatel nálady pacientky. Pokud nemocná váží méně nebo alespoň stejně (jedná se často o gramy) má lepší náladu. Pokud váha stoupá, stoupá i negativní rozpoložení nemocné. Je plná smutku, vzteku, hněvu, a to vše směřuje ke své osobě. Zvýšení hmotnosti chápe jako své selhání, zatímco hubnutí nebo udržování konkrétní váhy jako úspěch. Její život je tolik závislý na kladném hodnocení, touze uspět a to se jí projektuje do váhy, která jí určuje, jak se má cítit a k sobě chovat.

Depresivní a úzkostné stavy, které pacientky sužují, mohou také bránit v jejich přirozeném vyléčení. Pokud anorektička cítí nezvladatelnou úzkost, kdykoli se má najíst, je logické, že se raději jídlu vyhne a tím zmírní úzkost. Pokud je pacientka v depresi, nemá chuť vstát z postele a normálně se zapojit do běžného života, kde je i jídlo součástí, pak je také

logické, že se do jídla nebude nutit. Většinou by však tyto stavy měly automaticky vymizet s vyléčením MA, s nárůstem hmotnosti. Avšak až po nějaké době, protože nárůst hmotnosti může depresi či úzkost ještě více prohloubit. Souvislost MA a deprese je více než zřejmá. „Některé výsledky naznačují, že poruchy příjmu potravy a poruchy nálady spolu souvisí, ale že nejsou přímo předávány ve společné genetické struktuře. Bez ohledu na specifickou povahu vztahu obou poruch existuje většinou shoda v tom, že negativní sebehodnocení, pocity inefektivity, depresivní nálada a nedůvěra ve vlastní pocity představují významné, i když pravděpodobně nespecifické faktory zvyšující riziko PPP.“ (Krch, 2005, s. 71)

### **2.7.3 Obsedantně – kompulzivní porucha**

Mentální anorexie je spojována také s obsedantně-kompulzivní poruchou (dále OKP). „Palmer a Jones už v roce 1939 vyslovili hypotézu, že MA je jen specifickou formou této poruchy. Udávaný výskyt obsedantně-kompulzivní poruchy se u anorektických pacientek pohybuje od 27 % až po 81 %.“ (Krch, 2005, s. 72) Dále je tu souvislost OKP a deprese, což vzhledem k výše zmíněnému ještě více propojuje tuto poruchu s MA. Raboch (2001, s. 137) uvádí, že asi dvě třetiny pacientů s OKP také trpí velkou depresivní poruchou.

„Obsese jsou opakující se myšlenky, představy či nutkání, které jsou prožívány jako nepříjemné, nežádoucí, nesmyslné, vzbuzující úzkost. V důsledku obsesí dochází ke vzrůstu úzkosti, kterou se pak postižený snaží odstranit nějakým jednáním či rituálem – kompulzí. Kompulze mohou být zjevné i skryté.“ (Praško, 2003, s. 12) Dále autor popisuje kompulze jako opakované, úmyslné a účelné jednání prováděné podle určitých pravidel nebo určitým stereotypním způsobem. MA je charakteristická pro své nepochopitelné rituály, cvičení, kontrolu. Všechny tyto činnosti právě snižují napětí a úzkost, kterou nemocná pociťuje. Pacient s OKP si například neustále musí mýt ruce, pacient s MA se musí neustále vážit. Nebo pacient s OKP musí v některé situaci vykonat určitý pohyb, stejně tak jako anorektička musí cvičit. U MA se rituály týkají například přípravy jídla (vážení potravin, odstraňování tučných částí, krájení na malé kousky) a také cvičení, kdy pacientka musí provést určitou předem sebou stanovenou sestavu cvičení. Jen tak se zbaví na čas své úzkosti. Toto kompulzivní chování se projevuje často v již pokročilých stádiích MA, kdy je například pacientka nemocná a přesto alespoň cvičí na posteli. „Většina osob trpící OKD si je zřetelně vědoma, že jejich chování je iracionální, ale nedokážou je neprovádět, protože v případě vynechání cítí velkou úzkost a strach z katastrofálních důsledků.“ (Praško, 2003, s. 11) Stejně tak nemocný MA si je vědom svého podivného chování, ale nemůže si pomoci. Úzkost, kterou by cítil, kdyby snědl o sousto navíc nebo kdyby nešel po jídle cvičit nebo zvracet, je silnější.

### 3 Mýty a předsudky

Problematické na PPP nejsou jen jejich příznaky, projevy a obtížná léčba, ale také vztahy nemocných s rodinou, blízkými a společnostmi, které jsou ovlivněny předsudky a mýty, které se kolem MA a PPP za řadu let vytvořily. Pokud se tyto mýty neprolomí, bude docházet k mezilidským konfliktům s nemocnými, k nepochopení této nemoci. Právě porozumění nemocní tolik potřebují. Pokud se cítí nepochopeni, nepřijati, prohlubuje to jejich zoufalství a další hubnutí. Je důležité, jak se k nemocné staví její okolí a ti, kteří by jí měli umět pomoci. Především se jedná o jednostranné a jednopohledové chápání PPP, které brání komplexnímu pohledu na tato onemocnění. Tato kapitola je i shrnutím dosavadního materiálu, proto budou některé důležité myšlenky opakovány.

- **MA je pouhým dívčím rozmarem, z kterého dívka vyroste**

Toto tvrzení je jedna z mnoha reakcí na MA, ke kterému dochází v mnoha rodinách i lékařských zařízeních. Chování dívky je tak vnímáno jako projev její marnivosti, puberty, hlouposti či nudy. „Anorexie není projevem zlomyslnosti, paličatosti či rozmaru nemocné.“ (Papežová, 2000, s. 12) V počátcích nemoci se dívce může zdát jako výhoda, že ji nikdo nenutí do jídla a nechce po ní léčení, avšak postupem času, kdy se jí nemoc zcela vymkne z rukou a potřebuje pomoc z vnějšku, je tento postoj zcela chybný. Podceňovat a zlehčovat toto závažné onemocnění se rozhodně nevyplácí.

- **MA vzniká pouze v období puberty**

Je pravda, že většinou se MA objevuje v období dospívání, ale může postihnout i ženu v kterémkoli věku. „Mentální anorexie se výjimečně vyskytuje už u osmiletých dětí, ale je také možné setkat se s počátkem poruchy po třicátém, případně čtyřicátém roce věku.“ (Krch, 2005, s. 22). Je stále více žen, které MA trpí i v dospělém věku, může se jednat o chronickou MA, nebo o MA jako nově diagnostikovanou nemoc. U vzniku MA jde spíše o krizové momenty života jako je právě puberta, narození dítěte, menopauza, či náhlé traumatické zážitky, které mohou být spouštěčem pro MA. Puberta je pouze jedním z nich a je tím nejrizikovějším.

- **MA trpí pouze ženy**

Ženy jsou obecně náchylnější k psychickým potížím a více zaměřené na vzhled svého těla. Anorexie se však nevyhýbá ani mužům. „Uvádí se, že na 10 nemocných dívek nebo žen připadá jeden muž. Poněkud vyšší je procento mužů v případě záchvatovitého přejídání, ale přesto u poruch příjmu potravy převažují mezi postiženými ženy.“ (Burianová, 2005, online)

- **Anorektička je vždy vyhublá**

Viditelná vyhublost (BMI nižší než 17,5) je jedním z kritérií MA, avšak tento stav se vyskytuje buď v akutní fázi MA, nebo také k němu nemusí nikdy dojít a jedná se již o zmíněnou atypickou MA nebo chronickou MA. „Zdaleka ne všechny anorektičky dosáhnou extrémního stupně vyhublosti. Někdy se mohou pohybovat „jen“ na hranici podváhy, nebo několik málo kilogramů pod ní. Jsou sice velmi štíhlé, ale chybí jim typický „anorektický vzhled“ a nejsou zcela vyhublé. To však v žádném případě neznamená, že by jejich choroba byla méně závažná nebo méně nebezpečná.“ (Vajsejtlová, 2010, online)

- **Kult štíhlosti ve společnosti je příčinou MA**

Existuje názor, že anorektičky prostě chtějí jen být štíhlé, aby se líbily, aby splnily měřítko krásy dané společností, kultu štíhlého těla. Avšak společnost je plná žen, které drží diety za účelem zhubnutí ať již ze zdravotních nebo z estetických důvodů a MA u nich nepropukne. U MA jde o něco jiného než jen být štíhlá a krásná. Anorektička nechce být štíhlá, ona chce být nejštíhlejší. V prvním okamžiku sice chce snižovat svou váhu (i s motivem zalíbit se okolí), ale pak jde do patologického extrému. „O kultu štíhlosti bychom neměli uvažovat jako o příčině mentální anorexie, ale spíše jako o jejím spouštěcím mechanismu. Svět modelek se zdá být pro oběti poruchy příjmu potravy místem, kde je možné dosáhnout dokonalosti (podobně jako ve sportu, tanci a podobně). Žena s anorexií nechce mít nějakou konkrétní váhu, ona nechce vážit vůbec nic.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 81)

- **MA je o nedostatku sebevědomí a sebeúcty**

Hartl (2000, s. 525) definuje sebevědomí jako sebedůvěru, vědomí vlastní ceny, kvalit a schopností. Nízké sebevědomí autor popisuje jako snížené vědomí vlastní ceny, nevíru ve vlastní úspěch. U anorexie nelze již hovořit o nedostatku sebeúcty či sebelásky, ale o jejich naprosté absenci. Anorektik v rozvinuté nemoci si je vědom své nulové ceny, nulových kvalit a schopností, chápe se jako naprosto nicotný tvor, který si ani najíst nezaslouží. „Anorexie je způsobena nedostatečně vyvinutou osobností pacienta. Oběť si nejdříve musí vybudovat svoje vlastní já a pak teprve může mít nějakou sebeúctu.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 89) Nejdříve se musí odstranit patologická osobnost v člověku, vybudovat postupně ta zdravá a s ní pak může přijít i sebedůvěra a sebeláska. „Sebeúcta se objeví zcela samovolně, jakmile se začne vytvářet pacientova osobnost.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 90)

- **Anorexie je vyjádřením vzdoru přijmout dospělost**

Mýtus, že anorektička se svojí touhou po vyhublosti a dětském těle bez tvarů brání dospělosti, chce zůstat dítětem a bojí se dospět, není tak jednoznačně pravdivý a neměl by se užívat jako hlavní motiv MA. Claude-Pierre (2001, s. 93) uvádí, že strach z růstu může být



důsledkem, ale nikoli příčinou poruchy příjmu potravy. Častým rysem anorektiček bývá přehnaná péče a starostlivost o druhé, tedy chování dospělého člověka. „Svojí starostlivostí však tyto děti dospěly, nebo se o dospělost pokusily, daleko dříve, než ve skutečnosti měly. Naložily na sebe ohromnou zodpovědnost podstatně dříve, než se naučily udržovat si od problémů určitý odstup. Přirozeně na svůj úkol nebyly připraveny.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 93) Jelikož v dětství nemohly unést tíhu dospělosti, které často ani sám dospělý neumí čelit, a neměly vytvořeny dostatečné hranice k potřebám druhých, mohou tyto děti pak v období dospívání selhat. „Ve skutečnosti anorektik věří tomu, že již dospět zkusil, ale neuspěl. Problém není v tom, že by nechtěly dospět. Problém je v tom, že nevědí jak.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 93) Tato teorie však nepopírá představu MA jako určité regrese a přání nemocné být zpět v dětské roli, kde ji díky nemoci bude věnována pozornost a péče ze strany druhých, kterou mohla dívka v dětství vnímat jako nedostačující.

- **Anorektička se nechce své nemoci vzdát a brání tak úspěšnému vyléčení**

„Vzdát se anorexie tak vlastně znamená vzdát se jediné jistoty, kterou kdy pacient poznal – to je pro něj ještě horší představa než smrt. Anorexie se stala jeho jediným způsobem života.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 98) Pro anorektického pacienta je anorexie vším, je to jeho způsob života a jeho jistota, čím déle anorexií udržuje, tím hůře se jí vzdává. Avšak ani tento problém není tak jednoznačný. Anorektička si svou nemoc uvědomuje, ale často až v době, kdy je nemoc plně rozvinutá a již jí nelze snadno opustit. „Chtějí se jí zbavit, ale nevědí, čím ji nahradit. Nemocní jsou vystrašení z možné změny jejich stavu, protože neznají žádný jiný způsob, jak žít.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 98)

- **Pokud pacientka přibere a začne jíst, je vyléčena**

Tato mylná představa je snad nejvíce vnímaná lékaři a blízkými, kteří pečují o nemocného. U těžce podvyživených pacientů je nutný nárůst hmotnosti ze zdravotního hlediska. Avšak jeho problémy, které anorexií řešil, nevymizí, naopak se mohou některé psychické problémy zvýšit. „Vykrmování pacientů podle klasických metod léčení anorexie může na čas přinést jisté zlepšení stavu. Nárůst jeho hmotnosti poněkud oslabí jeho tělesné strádání. Duševní muka však pokračují v neztěněné podobě a přibrání na váze je jen prohloubí.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 118) Také rodina, pokud vidí, že jejich dítě či sourozenec zase jí a přibere, domnívá se, že již nemoc ustoupila. S tímto postojem však nelze souhlasit, protože teprve poté, co pacient přibere a naučí se normálně jíst, začíná možná ten největší boj s anorexií. Proto je nesmírně důležitá následná léčba a podpora především v období, kdy pacient přibere, protože je zde velké riziko recidivy a obrovské frustrace z nově vzniklé situace. Tělo se vyléčí, ve většině případů mizí i ostatní psychické potíže, ale to nevylučuje

zhoršení psychického stavu. Pacient v tomto období může cítit obrovskou beznaděj, úzkost, depresi, než se naučí žít nový život s novým tělem. V tomto období cítí největší touhu vrátit se zpět do anorexie. Musí být trpělivý a okolí s ním.

## 4 Mentální anorexie v rodinném kontextu

Tato kapitola navazuje na rodinné příčiny MA a bude se zabývat nemocí více do hloubky. MA téměř vždy souvisí s původní rodinou, ať již nemoc propukne v dospívání či dospělosti. Rodinné vztahy, výchova, pravidla a způsob komunikace ovlivňují člověka celý život. Stejně jako osobnost zdravého člověka je formována především primární socializací v rodině, je i osobnost nemocného člověka formována právě zde. Na základě vlastní zkušenosti s MA a studiem teoretických zdrojů z různých oblastí psychologie se pokusím nastínit kořeny MA, souvislost nemoci a vlivu rodinného prostředí. Závěrečné kapitoly, které budou více praktické, se budou týkat již rozvinuté MA v rodině, jak s nemocnou zacházet a jak nemoci předcházet.

### 4.1 Tělesné sebepojetí

Vágnerová (2002, s. 231) uvádí narušené vnímání vlastního těla jako jedno z hlavních diagnostických kritérií MA. Zda toto narušení tělesného schématu MA předchází či je jejím příznakem, je otázkou, avšak podstatné je především v léčbě (viz kapitola Terapie na zakoušení vlastního těla), kdy dochází ke vzniku nového zdravého tělesného sebepojetí. V léčbě je samozřejmě důležité obnovit optimální tělesnou hmotnost, ale pokud se nezmění vztah pacientky k vlastnímu tělu, je zde neustále riziko recidivy či přetrvávání psychických potíží. Pokusím se nyní vysvětlit pojem tělesného sebepojetí a souvislost s MA, a dále jak je vývoj sebepojetí člověka spojen s rodinným působením.

Fialová (2001, s. 17) definuje tělesné sebepojetí jako způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí. Zahrnuje tedy složku kognitivní, smyslovou a emocionální. U MA se toto narušení projevuje mnoha způsoby. Kreh (2005, s. 166) uvádí například nerealistické hodnocení velikosti a proporcí vlastního těla, fixaci na imaginární defekt vlastního těla a určitou část těla, vyhýbání se odhalování vlastního těla nebo jeho částí, vyhýbání se konfrontaci s tělem nebo s tělesností, extrémně negativní přístup k vlastnímu tělu a vzhledu jako takovému a formu depersonalizace, kdy je tělo vnímáno jako cizí, pasivní, necitlivý objekt. Z těchto případů lze vyvodit, že nejde o pouhou nespokojenost s vlastním tělem a představu větší hmotnosti než ve skutečnosti je, ale jde o hlubší a širší narušení celkového tělesného sebepojetí.

Nerealistické hodnocení velikosti a proporcí vlastního těla vysvětluje, proč i přes výraznou štíhlost až vyhublost, se pacientka stále cítí a vidí jako silnější a větší. Ani pohled do zrcadla ji nepřesvědčí o pravdivém opaku jejího vnímání, naopak anorektičky se často pohledům do zrcadla vyhýbají, jelikož obraz v zrcadle posiluje jejich přesvědčení o jejich

„tloušťce“ a objemnosti, jejich vnímání vlastního těla je zde nereálné. Je však zajímavé, že těla cizích lidí dokážou zhodnotit zcela realisticky. Toto porušené vnímání je tedy zaměřené na jejich vlastní tělo.

Na jedné straně u pacientů s MA dochází k depersonalizaci, kdy své tělo a svou tělesnost dokážou naprosto potlačovat, nevnímat (nejedí, když mají hlad, cvičí, i když je tělo unavené nebo nemocné), a na druhé straně dochází k silnému emocionálnímu prožitku nenávisti a nechuti k vlastnímu tělu. Anorektička vnímá své tělo jako cizí objekt, který silně nenávidí a zároveň dokáže zcela potlačit své chutě, hlad a potřeby. Tento dualismus zakoušení sebe jako subjektu a sebe jako objektu je pro lidské vnímání normální. Výrost a Slaměník (1997) popisují tuto dualitu jako dvojakost jáství, kde si je člověk vědom sám sebe, tedy vystupuje jako podmětné já, které si uvědomuje, a předmětné já, které je uvědomováno.

#### **4.1.1 Sebepojetí**

Narušené tělesné sebepojetí u MA souvisí s celkovým narušeným sebepojetím. Tedy to, jak nemocný hodnotí negativně svůj vzhled a své tělo, je těsně spjato s celkovým negativním hodnocením vlastní osoby. Toto negativní sebepojetí jedince může být jedním z dalších rizikových faktorů MA, velmi podobným Stavu utvrzeného negativismu pojmenované Claude-Pierre (2001), jež jsem popsala v předešlých kapitolách.

Zaměřenost na tělesnost je jen vnějším znakem celkového narušeného sebepojetí. „Tělesné sebepojetí je velmi důležitou součástí celkového sebepojetí.“ (Fialová, 2001, s. 29). Nejen že nemocní nenávidí své tělo, oni nenávidí celou svou podstatu. Trestají se hladověním či cvičením ve snaze zhubnout, zabránit nárůstu hmotnosti, avšak toto není jedinou formou trestání, kterou pacienti s MA praktikují. Jelikož je narušené celé jejich sebepojetí, jejich život je zúžen na příkazy a zákazy nemocné mysli, která tak kompenzuje nenávist k vlastní osobě. Těmito dalšími tresty jsou například zákazy různých forem potěšení a radostí až po různé extrémní tresty jako sprchování studenou vodou, opařování se horkou vodou, sebepoškozování, zakazování si společenských aktivit. Pacienti se straní společnosti a událostí, které jsou spojeny se zábavou a veselím, mají pocit, že si to nezaslouží. Jak již bylo uvedeno, je proto pro ně také obtížné požádat o pomoc.

#### **4.1.2 Vývoj sebepojetí**

Narušené vnímání vlastního těla a své osoby v podobě MA je výsledkem celkově narušeného vývoje sebepojetí, jež se vytváří právě v rodinném kontextu. „Sebepojetí se vyvíjí v souvislosti se socializací jedince. Rodinné prostředí ovlivňuje člověka nejdříve a nejvíce.

Sebepojetí pomáhají utvářet zkušenosti s nejbližšími lidmi, kteří často zaujmají k jedinci hodnotící postoj.“ (Fialová, 2001, s. 31)

Jelikož sebepojetí a s ním související sebehodnocení vzniká již v raném věku, je dítě závislé na hodnocení osob, které ho vychovávají. Nedostatek kladné zpětné vazby od rodiny a společnosti mohou přispívat k narušenému sebepojetí. Pokud má jedinec narušené sebepojetí z dětství, v pubertě je ještě citlivější na reakce okolí. „Právě v dospívání jsou pubescenti a mladší adolescenti nejcitlivější na dojem, jímž působí na druhé lidi. Zaznamenávají všechno, co se k jejich osobě nějak vztahuje, zvláště ty projevy, výroky, které skutečně nebo jen podle mínění dospívajících představují negativní posouzení, bývají intenzivně prožívány a působí zmatky a výkyvy v sebehodnocení.“ (Fialová, 2001, s. 33) To vysvětluje větší náchylnost vzniku MA právě v období puberty.

## 4.2 Teorie hranic

Fialová (2001) uvádí, že základ sebepojetí vzniká ve třetím roce života, kdy dítě začne odlišovat já-ty, osoby-předměty. Nejprve se vyvíjí „tělové já“, pak teprve „sociální já“. Vědomí tělesného já se utváří budováním a uvědomováním si hranic vlastního těla. „S vědomím hranic já se člověk nerodí.“ (Kopřiva, 2006, s. 75) Vytvoření si vlastních hranic souvisí se separací od matky, hranice nás činí autonomními nezávislými jedinci. První separaci provádíme v raném dětství a druhou v období dospívání. Zkušenost prvotní separace ovlivňuje náš další vývoj. MA jako patologický projev nezávislosti (viz kapitola Skrytá nezávislost) souvisí s nedostatečně vybudovanými hranicemi a separací od matky. Proč je tato separace v některých případech obtížná, a jak souvisí s potlačováním emocí, vysvětluje Kopřiva (2006, s. 75) takto: „Na jedné straně je snaha dítěte o nezávislost a autonomii, ale zároveň vzniká pocit, obava, že ho máma přestane mít ráda.“ Autor uvádí, že na základě tohoto rozporu mezi svobodou s rizikem samoty a blízkostí s rizikem závislosti se utváří naše schopnost být autonomní i v celém dalším životě.

Již malé dítě dokáže rozpoznat, jaké jeho emoce vyvolávají kladnou či negativní odezvu u jeho rodičů. Pokud je za jakékoli své emoce negativně hodnoceno, naučí se je potlačovat. Začne dělat to, co se od něj očekává, aby z něj druzí měli radost. „Dítě se tak stává rodičem svých rodičů – dovede se o ně postarat. Také se naučilo, že jen výkon se počítá. Odezva se dostaví, jen když se snaží.“ (Kopřiva, 2006, s. 56) Tak se dítě učí potlačovat své emoce a potřeby v závislosti na druhých. „Něco potřebovat, zlobit se nebo žárlit se stalo zakázanými emocemi, za něž se dítě a později i dospělý stydí. Vždy, když by nějaká životní situace mohla tyto city vyvolat, pocítí dítě neurčitou úzkost. Automaticky a podvědomě s ní něco udělá, aby nerušila – jeho tělo se leká možného návratu zoufalé situace, kdy se dítě tak

hrozně zlobilo nebo bálo a bylo přitom samo.“ (Kopřiva, 2006, s. 56) A tímto způsobem se naše potřeby a emoce potlačují a jsou opět vyvolávány podobnými životními událostmi, tak jako v pubertě jde o snahu dítěte se osamostatnit a získat nezávislost, avšak bez rizika ztráty lásky a rodičovského zázemí.

#### **4.3 Mentální anorexie a potlačování emocí**

Jak se dítě naučí potlačovat své negativní emoce, bylo již vysvětleno v předešlých kapitolách, i to, jak se pak potlačené emoce vracejí, pokud jsou vyvolávány podobnými situacemi, kde v minulosti vznikly a nebyly dostatečně ventilovány. Je velmi důležité, jak se naučíme zacházet se svými emocemi. Učíme se nejen vlastní zkušeností od dětství po celý život, ale učíme se také nápodobou v původní rodině. „Způsob jakým pacientky zacházejí se svými emocemi, bývá často významně propojený s tím, jak to dělaly či dělají jejich matky.“ (Hajný, 2004, online) Pokud se dítě v rodině nenaučí přirozeně ventilovat své negativní pocity (hněv, vztek, žárlivost, zlobu, atd), je za ně trestáno či kritizováno, tyto potlačené emoce se pak mohou projevit ve formě MA jako nahromadění veškerých potlačených emocí, avšak již zaměřeny proti nemocné, která je ventiluje do sebe. „Dalším důvodem, proč dívky a ženy trpí poruchami příjmu potravy je potlačovaný hněv, vztek a agrese.“ (Maloney, 1997, s. 10)

Kontrola emocí je spojena s kontrolou těla. Emoce jsou s tělem zcela spojeny, proto jsou anorektičky tolik posedlé kontrolou svého těla, mají pocit, že tak kontrolují i své emoce. „To, že kontrolují vlastní tělo, jim dává iluzi, že ovládají i své „špatné“ pocity.“ (Maloney, 1997, s. 10) Potlačování emocí a zvýšená sebekontrola je v MA dovedena do krajnosti. I zdravý člověk může potlačovat své emoce a mít zvýšenou potřebu sebekontroly a kompenzovat to jinou formou, ne tolik životu nebezpečnou. Žádné způsoby potlačování emocí však nejsou pro člověka zdravé, jako následek vznikají psychické i fyzické nemoci, konflikty ve vztazích a celková nespokojenost v osobním životě. Proto je toto téma významné nejen z hlediska MA.

Maloney (1997) hovoří o PPP jako reakci na nefungující pravidla v rodině o kontrolování emocí. „Každá rodina má svoje pravidla, ať už jsou jasně formulována nebo ne. Pokud ale dívce dělají rodinná pravidla potíže a přitom cítí, že je nemůže otevřeně měnit, bude se asi snažit změnit je nepřímou. Takovým nepřímým prostředkem mohou být například poruchy příjmu potravy.“ (Maloney, 1997, s. 17) Tato pravidla se například mohou týkat toho, jak kontrolovat emoce, nedávat najevo hněv či agresivitu nebo jak vystupovat na veřejnosti bez jakékoli zmínky o vnitřním konfliktu. Dívka, vyznačující se potřebou uspokojovat potřeby rodičů, tedy jejich pravidla, spolu s perfekcionismem a značnou

sebedisciplinou, může tato pravidla brát velmi osobně a může se u ní vyvinout anorexie ve formě hluboko potlačených emocí, které nikdy nedala otevřeně najevo.

#### **4.4 Mentální anorexie v rodině**

Poté co rodina zjistí, že jejich dcera má potíže s jídlem, rozhodně by s odbornou pomocí neměla otálet, protože čím dříve se dívka dostane do rukou odborníků, tím je lepší prognóza jejího vyléčení. „Dívky často anorexii popírají a odmítají pomoc. Když si problém přiznají, často již mají vážné psychologické, tělesné anebo sociální, pracovní či výchovné problémy a uzdravení je těžké. Proto je žádoucí s léčbou začít co nejdříve.“ (Papežová, 2000, s. 20) Některé rodiny však své dítě nesvěřují odborníkům, protože si buď neuvědomují vážnost situace (dívka může své problémy popírat, bagatelizovat či slibovat, že začne jíst sama), nemají dostatek nebo vůbec žádné znalosti o ppp, nebo mohou mít sami potíže a nedůvěru k institucím a snaží se jakékoli problémy řešit doma v soukromí. Za nemoc dcery se může rodina také stydět, obávat se kritiky od okolí, a proto se rozhodne řešit situaci po svém.

Reakce rodiny na nemoc jsou v každé rodině různé. Časté je nucení do jídla, ignorování a zlehčování nemoci, vyhrožování, výčitky a prosby. „Ve svém strachu se mohou někdy rodiče chovat ke svému dítěti poněkud příkře. Zoufalství vede k tomu, že křičí, rozkazují a obviňují. Zdá se jim nepochopitelné, že jejich dítě není schopno té nejpřirozenější věci v životě - jídla.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 190) Jde však o přirozené reakce, kterým se rodiče a blízcí bez znalosti problematiky PPP neubrání. Na druhé straně z počátku dcera svůj problém popírá a odmítá řešit, což rodině nikterak v situaci nepomáhá. „Anorexia nervosa přivádí do rodiny zmatek. Žít s postiženou může být těžké. Její chování se zdá provokativní a sobecké. Rodiny se často trápí otázkou, co udělaly špatně.“ (Papežová, 2000, s. 12) Pro rodiče pacientky s MA nepochybně musí být její nemoc v mnoha směrech utrpením, bojují s pocity viny, bezmoci a zoufalství. Dochází k vyhoceným situacím, dceřino chování může být agresivní, zlostné a plné absurdních příznaků nemoci, které rodina nechápe (dcera po jídle začne okamžitě cvičit nebo skákat, aby spálila snědené jídlo, může po rodičích jídlo házet v afektu, po jídle zvrací). Z hodné a poslušné dcery se najednou stává maniak posedlý jídlem a cvičením. Jakkoliv se dívka chová, rodina má významnou úlohu v jejím uzdravování, ale i prohloubením nemoci podle toho, jak se zachová. „Rodiče a přátelé mají neocenitelnou roli ve všech stádiích onemocnění.“ (Papežová, 2000, s. 22)

## 4.5 Jak zacházet s nemocnou v rodině

V první řadě by si rodiče měli uvědomit, že jejich dcera je nemocná, že to, jak se chová, a co jim ve stavech afektu říká, je projevem nemoci a ne samotné dcery. Pokusit se její chování, útoky, lži, přesvědčování nebrat osobně a snažit se jí pochopit.

Následuje několik příkladů, čeho by se rodina a blízcí měli vyvarovat a co by měli dělat pro zdraví a zlepšení stavu nemocné. Je velmi důležité, jak se k nemoci její blízcí postaví, protože rodina je v mnoha případech hlavním zdrojem dceřiných úzkostí, a tak jejich postoj může být v průběhu dceřiny nemoci rozhodující. Pomáhající a podporující postoj není rozhodně snadný, vyžaduje velké úsilí a trpělivost, a především dostatek znalostí o onemocnění pacientky.

- **Rozlišovat nemocnou a zdravou mysl**

„Při práci s pacienty, kteří trpí poruchou příjmu potravy, musíme mít neustále na paměti, že v nich existují souběžně dvě mysli. Je nezbytné oddělit negativní mysl od myslí skutečné, postavit na jednu stranu anorexii či bulimii a na druhou stranu jedinečnost každého člověka. Pak si nemocný uvědomí, že jeho nemoc na něm jen parazituje.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 125) Toto odlišení je i pro samotného pacienta léčivé a osvobozující od prohlubujících se pocitů viny a selhání, kdy si právě svou zdravou mysl uvědomuje, že není v pořádku, ale není schopen s tím nic dělat. Uvědomuje si své iracionální a afektované chování a jednání, ale sám neví, co se s ním děje a tím, že ho rodina nechápe, vyčítá mu to, cítí vinu a to ještě více zhoršuje jeho stav. Proto pokud se rodina naučí odlišovat anorexii od nemocné, je daleko snadnější s pacientkou navázat kontakt a úspěšnou komunikaci. Ona se kvůli nepochopení nemusí dále uzavírat, druzí již znají její tajemství a z ničeho ji neviní.

Například v situaci u stolu, kdy nemocný pod vlivem úzkosti nechce jíst, stačí mu říct, že chápeme, jak se cítí, že on sice chce jíst, ale jeho nemoc mu to zakazuje a tím již může dojít ke změně. Nemocnému se uleví, posílíme jeho zdravou mysl. Proto je zcela neúčelné obviňovat nemocnou, že nechce jíst. Je důležité, aby našla u svých blízkých pochopení a oni chápali, že to není jejich dítě, které se tak chová, ale nemoc v jeho hlavě. „Když budete obviňovat nemocného z toho, jak se chová, budete tím upevňovat negativní mysl a zhoršovat stav oběti.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 189)

- **Nenutit do jídla**

Nemocná by neměla být nucena do jídla násilím ani psychickým nátlakem. Pokud pacientčina nemocná mysl není připravena jíst, způsobí jí to ještě větší muka, protože hlas anorexie je velmi ubližující a po pozření jídla, které sníst nechce, jí přikazuje drastické



způsoby, jak kalorie z jídla spálit nebo se ho zbavit. „Budete-li naléhat, aby dcera jedla, může to vést pouze ke konfliktům, které často situaci ještě zhorší.“ (Papežová, 2000, s. 23)

Pacientka při jídle cítí obrovskou úzkost, kterou se jí jako spolustolující můžeme pokusit snížit tím, že nebudeme zaměřovat pozornost na jídlo, ale na jiné, pro pacienta neutrální nebo příjemnější téma. Jeho mysl mu zakazuje jíst, ale pokud odvedeme pozornost od jídla, je možné, že nemocný něco pozře. Po jídle cítí ještě větší úzkost než před ním, a proto je důležité ho utěšit a chválit a být s ním v jeho myšlenkách, dávat mu tak přijetí a pochopení. Z jídla má pacient chorobný strach, který nelze vyřešit náhle. Nejhorší situaci můžeme vidět, kdy rodič sedí u stolu s dítětem a veškerá pozornost je zaměřena na porci jídla, kterou nemocný musí sníst pod dohledem a tlakem, spolu s kritikou svého chování. Je však důležité, aby rodiče zůstali pevně na straně zdravé mysli. Pacientka sama například chce sníst větší porci jídla, ale nemocná mysl jí to zakazuje. V tuto chvíli je dobré mít vedle sebe někoho jistého, rozhodného, kdo ji ujistí, že porci navíc si může dát, že nemusí jít hned cvičit, že může jíst, protože je to pro ni dobré, ale zároveň chápat její nemocný hlas, který jí v tom brání.

Nucení do jídla také v pacientce posiluje její obranné mechanismy, agresivní chování a odmítavý postoj, pokud je na ní vyvíjen nepříjemný nátlak. Při nucení do jídla dochází i k ponížení její osobnosti, která se snaží být nezávislou a autonomní a nucení do jídla ji zcela zbavuje kompetencí a práva na sebeurčení a rozhodování.

- **Nehodnotit vzhled**

Pokud pacient dosáhne minima váhy, jeho vyhublost je znatelná, pak ani on sám si rozhodně atraktivní nepřípadá a moc dobře ví, jak na tom je. Proto hodnotit jeho zevnějšek a upozorňovat ho, jak bídne vypadá, mu stav může ještě zhoršit. „Rodiče ani lékaři by však neměli používat informace, které mají, ke strašení svých dětí a pacientů. Říkat někomu, že vypadá jako z koncentráku nebo že zemře, jestli s tím vším nepřestane, situaci jen zhorší. Nemocný si už tak připadá jako „zrůda“ a tyto poznámky v něm vyvolávají jen další pocit viny a méněcennosti.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 103)

Ani v průběhu léčby není vhodné hodnotit jeho případné přibývání na váze, i když je to známkou uzdravování. Rodina a blízcí by se měli u pacienta s MA zcela vyvarovat jakéhokoli hodnocení jeho postavy. Je to velmi složité, protože ať již budeme jeho vzhled hodnotit negativně či pozitivně, nemocný si jej vyloží stejně po svém. Pokud mu řekneme, že je hubený a měl by se najíst, on slyší pouze to, že je hubený a v tom cítí jakési zalíbení, pochvalu, i když to nebylo původně tak míněno. Pokud mu s obavou sdělíme, že je příliš hubený, až je to ošklivé, utvrdíme v něm jeho negativní vnímání své postavy a osoby. Pokud

mu sdělíme, jak dobře vypadá (například při léčbě nebo po vyléčení), může ho to opět velmi zranit a narušit, protože si to může vyložit tak, že je tlustý. Zvláště v době léčby je toto velmi riskantní, protože se toho může jeho nemocná mysl chytit a opět nemocnému nařizovat, aby hubnul. Nejlepší je jeho vzhled po propuknutí nemoci a během léčby nehodnotit vůbec.

- **Nedávat najevo zraněné emoce**

Rodiče by neměli dávat najevo zraněné emoce a měli by se snažit být co nejvíce laskaví a chápaví. Jakkoli se nemoc dítěte rodičů dotkne, zraní je, mají starosti a obavy, neměli by to přenášet na dítě, které už tak má dost pocitů viny za vzniklou situaci. Nevyčítat, nekritizovat, ale ani nedávat najevo své trápení. Toto je samozřejmě pro rodiče někdy nadlidský výkon, vidět své dítě, jak se trápí a ubližuje si, jak jim mizí před očima a přitom zůstat pozitivní. Někdy u těžkých případů, kdy dcera s výraznou podvážou odmítá jíst doma, je nutné ji svěřit do rukou odborníků, kde není rušena výčitkami svědomí vůči svým blízkým. „Oběti není dovoleno požádat o pomoc, ačkoli ji tak strašně chce a potřebuje. Lidé, kteří ji milují a které miluje ona, jí nemohou pomoci, protože jejich přítomnost zesiluje pocit viny a odpovědnosti.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 185)

- **Vina neexistuje**

MA v životě nemocného a jeho blízkých je spjata s pocitem viny. Téma viny je pro MA už natolik samo o sobě zásadní, že po zjištění nemoci v rodině může dojít k hlubším pocitům viny jednak na straně nemocné, ale také na straně rodičů. Proto je nezbytné s tímto pocitem zacházet vědomě, protože může zhoršovat celou situaci a stav nemocné.

Pocity viny u nemocných mohou zesílit právě ve chvíli, kdy se na nemoc v rodině přijde. Cítí vinu za to, jak se chovají, že tím ubližují a působí zklamání svým blízkým. Dívka však v této situaci není jediná, kdo cítí vinu. Jsou to také její rodiče, blízcí, kteří se s pocitem viny musí vypořádat. Jsou obviňováni společností, že nechávají své dítě tak vyhublé, jsou někdy obviňováni i samotnými lékaři, že špatnou výchovou dopustili málem smrt svého dítěte, a oni dále viní své dítě, že je takhle trápí. Viní sami sebe, že tomu nedokážou zabránit. Mohou si přechíst různé informace o PPP, kde si nesprávně vyloží rodinné příčiny jako své vlastní selhání. „Při svém hledání jasnějších odpovědí se rodiče viní nebo jsou obviňováni ze špatné výchovy. Samotní pacienti jsou obviňováni z necitlivosti a lhostejnosti, s jakou ubližují svým rodičům a sourozencům. Jejich nepoddajnost při léčbě je považována za úmyslnou.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 73)

Nemocnému bychom se měli snažit alespoň v jeho nemoci ulehčovat od pocitů viny a nevyčítat mu jeho nemoc, respektovat jeho individuální tempo v léčbě a nevyčítat mu, že se neuzdravuje tak rychle, jak bychom si přáli. „Oběti poruch příjmu potravy si myslí, že nesmí

způsobovat žádné problémy svému okolí. Chtějí svět zachraňovat a ne obtěžovat.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 77) Proto to dívky mohou tak dlouho tajit, protože jsou si vědomy, že tím ublíží svým nejbližším. Stydí se požádat o pomoc, protože to ony mají pomáhat. To ony mají něco dávat a ne přijímat. Je zde viditelná paralela k celkovému pojetí MA, kdy jde o poruchu příjmu nejen potravy.

#### **4.6 Výchovné prevence**

Každý rodič si nese způsob výchovy ze své původní rodiny a společně s partnerovými způsoby vytvoří nový vzorec rodinné výchovy, která však udržuje i tradice obou původních rodin, v dobrém i špatném slova smyslu. K vlastním dětem se většinou chová instinktivně a více nevědomě na bázi těchto naučených vzorců, které nemusí být vždy těmi nejvhodnějšími způsoby výchovy právě pro jeho dítě. Každé dítě je jiné a potřebuje jinou výchovu, jiné zacházení a je tedy nutná určitá flexibilita a velká empatie vcítit se do potřeb svého dítěte. Pokud rodiče učiní své nevědomé tendence vědomými, už jde o jiný způsob výchovy, kterým lze zabránit opětovným a podobným chybám, jakých se dopouštěli jejich rodiče. Vyžaduje to však jistou dávku sebepoznání a pochopení mnoha souvislostí a často i vlastních bolestivých vzpomínek na dětství. Jde o nelehký úkol změnit tyto vzorce chování.

Jak již bylo uvedeno, dítě se učí nejen výchovou, ale také nápodobou a proto je velmi důležité v jakém prostředí vyrůstá. Proto by rodiče měli vědomě přistupovat nejen k výchově svých dětí, ale k sobě samým a pěstovat v rodině zdravé láskyplné vztahy. Je důležité mít zdravý vztah sám k sobě, pracovat na sebelásce a sebezpřijetí, které pak ovlivní lásku a přijetí těch druhých. Každé dítě potřebuje bezpodmínečnou lásku a přijetí, a to je to nejtěžší, co se máme v jakýchkoli vztazích naučit.

Následující přístupy ve výchově jsou obecné a týkají se prevence všech psychických potíží dětí a později dospělých. I přesto je kladen důraz na ty přístupy, které mohou ovlivnit vznik a rozvoj PPP.

- **Nechat děti být dětmi**

Toto preventivní doporučení se týká především pocitu zodpovědnosti, které na dítě často rodiče nevědomě převádí. Zodpovědnost ve vztahu dítě-rodič má mít vždy rodič. Je velmi snadné na dítě zodpovědnost převést, protože dítě se snaží co nejvíce rodičům a dospělým podobat a tak rádo bude vykonávat podobné činnosti jako oni. Avšak s tím rozdílem, že na dané činnosti nemá ještě vytvořeny obranné mechanismy, a tak se neubrání případnému selhání a následným pocitům viny. Je těžké nechtít po dítěti pomoci, odmítnout jeho péči a starostlivost, když se tak rádo nabízí. Dítě však nemůže rozumět problémům dospělých, proto není vhodné jej zatahovat do konfliktních situací, které není schopno řešit.

„Je nezbytné, aby se rodiče chovali jako rodiče. Dítě by na svá bedra nemělo brát úlohy, které patří dospělým, i kdyby bylo velice schopné. Právě tak bychom z něj neměli dělat svého zpovědníka a důvěrníka.“ (Claude-Pierre, 2001, str. 174)

- **Společné stolování se zdravými jídelními návyky rodičů**

Společné stolování se z dnešních rodin pomalu vytrácí, je zvykem, že se každý nají v jinou dobu a něčeho jiného. Podporuje se tak život rodiny žijící sice pospolu, přesto každý sám. Společné stolování by mělo být momentem, kdy se rodina sejde, vzájemně sdílí svou přítomnost, komunikuje a pro dítě je důležité mít jídlo spojené s pocity bezpečí a jistoty, které zažívá, když je jeho rodina spolu. Samozřejmě by se u jídla neměli řešit konfliktní situace, které pokud jsou časté, v dítěti vyvolávají úzkost ve spojitosti s jídlem. Dalším důležitým faktorem pro zdravý jídelní postoj dítěte, je zdravý postoj jeho rodičů ve stravování. Dítě se učí nápodobou, a pokud vidí u své matky či otce nezdravé jídelní návyky (přejídání, diety,...) zcela automaticky přebírá tyto jejich způsoby.

- **Pozor na odměňování a trestání jídlem**

Pokud je dítě příliš často a bez jiných dalších forem odměňováno či trestáno jídlem, což by se dalo chápat jako jistá manipulace od rodičů, může tuto manipulaci pak později použít proti nim (odmítá jídlo, aby je potrestalo). „Tato metoda, která je založena na vydírání („Když budeš hodný v obchodě, dostaneš bonbon“), učí dítě vydírat ostatní a začne u rodičů.“ (Bonnot-Matheron, 2002, s. 90) Je zvykem dítěti jako pochvalu poskytnout nějakou sladkost či oblíbený pamlsek, je také zvykem dítě trestat odejmutím jeho oblíbeného jídla. Dítě si pak spojuje své chování s jídlem a může se právě z jídla stát hlavní prostředek jeho hodnocení. Je zajisté vhodné užít jídla ve formě pochvaly či trestu v určité míře, ale nemělo by se to stát hlavním způsobem jak oceňovat dítě. Důležité je užívat i jiné formy.

- **Nenutit děti dojídat za každou cenu**

Povinnost sníst vše co je na talíři je stále zvykem v mnoha rodinách. Pokud se na to klade přílišný důraz, může se dítě naučit manipulovat pomocí jídla s pocity rodičů. Pokud jídlo celé dojí, má rodič radost, pokud ho nedojí, zlobí se. „Když dítě cítí, že to, co sní nebo nechá na talíři, přitahuje pozornost, už není svobodné a brání svou autonomii tím, že rodiče provokuje.“ (Bonnot-Matheron, 2002, s. 86) Jak se dítě u jídla zachová, ovlivní pocity rodičů, čehož může pak ve formě MA využít zcela zřetelně. Navíc toto nucení nepodporuje jeho zdravou sebekontrolu a autonomii, dítě se nenaučí naslouchat svým pocitům sytosti či hladu, ve snaze splnit či nesplnit očekávání rodičů. Později tak může mít toto dítě problém s uvědomování si vlastních potřeb a pocitů a jejich přirozenému prosazování.

- **Nechat děti dělat chyby a být nedokonalé**

Naučit dítě, že chybovat je lidské a že nedokonalost je zcela přirozená a zdravá je velmi užitečným příspěvkem do života každého člověka. Netrestat pokaždé, když dítě chybí, je otázkou výchovy. Avšak to jak se rodina staví k selhání a chybám, je věc stejně důležitá. Pokud se sami rodiče příliš snaží eliminovat jakékoli selhání, mají strach z vlastních chyb, brzy může dítě nabýt dojmu, že musí být bez chyb, aby jej rodina ocenila. Musí být dokonalé, aby si získalo její lásku. To má za následek rozvoj perfekcionismu a úzkostné povahy, která může podpořit vznik MA (nebo jiné poruchy), kde se patologicky projevuje jeho snaha být dokonalé. Pro nemocného MA je tato dokonalost v co nejmenším těle bez jakékoli známky tuku, jež může vnímat jako právě onu chybu. „Pokud udělá dítě nějakou chybu a trápí se tím, uklidňujte ho, že je přece úplně normální dělat chyby, že ho kvůli jeho omylům nepřestanete mít rádi a že nikdo není a ani nemůže být dokonalý.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 176)

- **Pozor na ambivalentní postoje a chování**

Dítě potřebuje jistotu a bezpečí. Tato potřeba může být vnímána dítětem v určitých pravidlech rodiny, které rodiče vytvoří a měli by je pak oba dodržovat. Je nevhodné, pokud panuje výrazná neshoda rodičů v očekávání, požadavcích a následných odměn či trestů. Jeden ho za něco pochválí, druhý potrestá, jednou po dítěti něco požaduje, jindy naopak ne, za jednu a tu samou věc je jednou potrestáno po druhé pochváleno. Dítě pak může pociťovat nejistotu, kdy neví, co se vlastně po něm chce, a může později nahradit neexistující jistotu v rodině jistotou v anorexii. „Rodiče by měli mít pocit, že spolupracují a podporují, nezrazovat úsilí druhého.“ (Papežová, 2000, s. 26) Dítě potřebuje v chování obou rodičů cítit stabilitu, aby si rodiče stáli za svými názory a neměnili je příliš často.

- **Prevence separační úzkosti**

Téma separační úzkosti je významné nejen u MA, ale u jiných úzkostných a neurotických projevů dítěte a později dospělého člověka. Dle Hartla (2000, s. 660) jde o strach a úzkost pociťovanou malými dětmi při odloučení od matky nebo jiné pečující osoby. Tato separační úzkost se může znovu objevit v pubertě či dospívání, kdy se jedince znovu vývojově separuje. Jeho raná zkušenost se separací jej ovlivňuje v jeho krocích od závislosti k nezávislosti. V dětství se to projevuje, když dítě odmítá být bez matky či pečující osoby, pláče a dělá scény v nepřítomnosti matky. Tato nezdravá závislost je již nevhodným ukazatelem pozdějších problémů dítěte. Často vzniká v situaci, kdy se o dítě matka stará sama, je na něj sama dosti fixovaná a tak se závislost a úzkost oboustranně přenáší. Je vhodné už od raného dětství podporovat dítě v jeho samostatnosti a separaci, chválit ho za samostatně vykonané aktivity, nepřenášet na něj svůj strach, pokud se rozhodne vzdálit. „Nechávejte dítě

alespoň na krátkou dobu na hlídání jiným osobám ještě před tím, než se u něj rozvine separační úzkost. Dítě si tak zvykne na přítomnost jiných lidí ještě v době, kdy dobře reaguje na každou osobu, která se chová láskyplně.“ (Řehová, 2008, online) Je vhodné střídat pečující osoby, aby si dítě nevytvořilo fixaci na jednu osobu. Je také vhodné dítě ujišťovat, že je to přirozené, jak se cítí (podporovat projev jeho emocí a pocitů) a slíbit, že se vrátíte a pak to také dodržet (pocit jistoty a bezpečí a důvěry). Rozhodně se nedoporučuje vysmívat se jeho pocitům a strachům, nebo jej za ně trestat.

- **Více chválit, méně kritizovat**

Osobnost dítěte se vytváří v závislosti na hodnocení z vnějšku, dětská psychika je velmi zranitelná a citlivá k jakýmkoli kritikám. Pro jeho zdravý duševní vývoj je nezbytné chválit dítě a podporovat v něm jeho pozitiva více než jej kritizovat a trestat za jeho nedostatky. Vytvořit v dítěti sebejistotu a sebevědomí je tolik důležité pro jeho budoucí život, kdy nebude závislé na hodnocení a pochvale od okolí, protože si bude jisto samo sebou. Především je důležité dítě netrestat za jeho projevy, emoce a potřeby. Učit ho mít důvěru ve své tělo, své pocity a učit jej, že je přirozené je dávat najevo.

- **Mluvit s dětmi o jejich pocitech, názorech**

Dětská duše a mysl je velmi vnímavá a citlivá. V jakýchkoli krizových situacích, které dítě postihnou v průběhu vývoje, je důležité a vhodné se ptát, jak se samo cítí a vnímá danou situaci. Často se tak můžeme dovědět věci, které bychom nikdy nepředpokládali. Podpoříme jeho vyjadřování se, ventilování emocí a zjistíme nejlépe, co ho může trápit.

## 5 Léčba mentální anorexie

MA jako multifaktoriální psychosomatická porucha vyžaduje léčbu komplexní a vycházející z individuálních potíží pacientky. Přestože MA vykazuje řadu společných příznaků, případy jednotlivých pacientů se liší v mnohém - v délce trvání nemoci, věku a zdravotnímu stavu, odlišných projevech a příčinách a především sociálním a rodinným kontextem jejich nemoci. Léčebný přístup by měl vždy vycházet z potřeb pacienta a zaměřit se na všechny možné aspekty jeho poruchy. Papežová (2000) uvádí tři stadia léčby onemocnění:

- Nárůst váhy, alespoň natolik, aby nehrozilo zdravotní ohrožení
- Boj s anorektickými postoji
- Pochopení vlastní osobnosti, rysů a těžkostí

Pacient potřebuje pomoci nejen s úpravou jídelníčku, nabráním optimální hmotnosti, ale především s jeho emocionálními, vztahovými a rodinnými problémy. „Osoba trpící poruchou příjmu potravy potřebuje pomoc na několika úrovních: musí změnit svůj vztah k jídlu, vyřešit emocionální problémy, které stojí v pozadí poruchy, a často by měla změnit i svůj vztah k rodině.“ (Maloney, 1997, s. 119) Opouštěním své nemoci se pacient učí znovu poznávat sám sebe, své potřeby, své pocity a proto je vhodná terapie podporující jeho zdravou osobnost, nezaměřující se pouze na jeho nemocnou část. Pacient se učí žít bez anorexie ve světě, z kterého díky své nemoci unikl, protože se mu zdál nesnesitelný. A stejně tak nesnesitelné pro něj může být vzdát se anorexie, své jediné jistoty, hodnoty a priority.

Zde hraje důležitou roli rodina a blízcí nemocné, kteří ji na problém mohou upozornit a nabídnout pomoc, avšak nikdo a nic pacientku nepřinutí se léčit, pokud ona sama nebude chtít. Léčba je postojem pacientky zcela určující, jen na ní záleží úspěšnost léčby. Je nepochybně těžké pro rodiče a blízké nemocné vidět, jak si ničí své zdraví, v té nejhorší variantě umírat hlady v akutní fázi a nemoci ji nikterak pomoci. Přesto je jejich postoj k nemoci a pacientce důležitý a může hrát významnou roli v léčbě. Pacientka potřebuje především pochopení, přijetí. Je tedy vhodné pro blízké vyhledat co nejdříve odbornou pomoc a zjistit si veškeré dostupné informace o nemoci, aby věděli, jak s nemocnou komunikovat a jak ji být oporou.

Délka léčby je individuální. „Klinicky se často říká, že nejde předpovědět průběh dříve, než uběhne 5 let. Po 5 letech se asi polovina postižených anorexií uzdraví, 30 % zůstane vážně nemocí poznamenáno a 20 % si udrží podváhu a poruchy menstruace.“ (Papežová, 2000, s. 12) Čím dříve se pacient začne léčit, tím lepší jsou jeho vyhlídky na plné uzdravení. Chroničtí pacienti trpící anorexií několik let jsou na tom hůře, poněvadž anorexie

se stala součástí jejich života, navyklym způsobem chování, který jde obtížně měnit. Nelze říci, že vyléčená anorexie se nikdy nemůže znovu objevit, naopak ve stresujícím období je její recidiva pravděpodobná. Nemocný se možná nikdy nezaví abnormálního vztahu k jídlu. Ale nikdy není pozdě začít se léčit.

## **5.1 Formy léčby mentální anorexie**

V současnosti existuje několik různých forem léčby MA – různé terapeutické přístupy zabývající se MA, klasické i alternativní, pro akutní a zdravotně ohrožené pacienty stále nezbytné hospitalizace, farmakoterapie, dále vznikají různé neziskové organizace zabývající se pomocí nejen pacientkám, ale i jejich rodinám, poradenství, atd. Léčba PPP je komplikovaná, dlouhodobá a nejednotná. „Problémem je, že neexistuje pouze jediná léčebná metoda, lék nebo operace.“ (Papežová, 2000, s. 16) Různé terapeutické přístupy nabízejí různé pohledy na příčiny, projevy nemoci a také mají své vlastní různé techniky, jež užívají v léčbě. Tato různorodost nerespektuje individuální pojetí nemoci a komplexní léčbu zahrnující všechny možné aspekty v životě nemocné, jež jsou nemocí ovlivněny. V této části práce budou popsány ty nejvýznamnější a dosud nejpoužívanější terapeutické přístupy, s jejich klady i zápory a jak různé terapie působí na samotné nemocné MA.

### **5.1.1 Hospitalizace**

Tato klasická forma léčby byla řadu let jedinou možnou a dostupnou terapií MA, s vysokým počtem recidiv a neefektivního způsobu zacházení s pacienty. Tento fakt se nikterak nemění ani v dnešní době, ale jsou k dispozici a možnosti i jiné formy léčby, a tak hospitalizace zůstává pro ty vážné případy pacientů. K hospitalizaci dochází, pokud je pacient v ohrožení života díky své výrazné podvýživě a je nutný zásah lékařské péče kvůli odvrácení závažných zdravotních komplikací a smrti vlivem dlouhodobého hladovění. Do nemocnice se tedy dostávají pacientky v akutním stadiu nemoci, s výrazným úbytkem hmotnosti a nebezpečím smrti. Krch (2005, s. 125) uvádí několik obecných vodítek v rozhodování o potřebnosti hospitalizace:

1. Nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů.
2. Přerušování záchvatů přejídání, zvracení či zneužívání projímadel v případě, kdy jsou spojeny s vážnými somatickými komplikacemi nebo kdy představují vážné zdravotní ohrožení.
3. Zhodnocení a léčba jiných potenciálně vážných zdravotních obtíží.



4. Léčba některých přidružených stavů, jako je deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek.

Samotná hospitalizace k vyléčení nevede. Je zapotřebí následná psychoterapie a poradenství v oblasti výživy. Délka pobytu závisí na pacientově stavu a úbytku hmotnosti. „Je to počet týdnů nebo měsíců nutných k získání alespoň 90 % cílové hmotnosti. Doporučená rychlost hmotnostního přírůstku je za předpokladu optimální spolupráce při léčebném programu kolem jednoho až jednoho a půl kilogramu týdně.“ (Krch, 2005, s. 125)

Nikdo by v nemocnici neměl být krmen násilím, pouze v případě ohrožení života je pacientka vyživována uměle sondou. „V nemocnici jsou pacienti léčeni infúzemi výživných roztoků a roztoků s elektrolyty, protože výživa normálním způsobem je ze začátku nemožná a ztráty elektrolytů i tekutin nelze jinak dost rychle vyrovnat. Navíc se podávají léky posilující srdeční činnost a stabilizující krevní oběh a jiná léčiva podle individuálního nálezu. Teprve když se tělesný stav stabilizuje, provede se celkové vyšetření. Tím lékař zjistí, které další následky anorexie přetrvávají, a může zahájit cílenou léčbu.“ (Leibold, 1995, s. 95) Tato léčba zahrnuje i různé druhy psychoterapie na odstranění psychických příčin. V nemocnici je především cílem obnovit pacientovu optimální hmotnost, což znamená podávání jídel pacientům s cílem přibrat na určitou hranici, aby mohli být propuštěni. V nemocnici se po umělém vyživování přechází na normální stravu. Nejdříve jsou podávána lehká kašovitá jídla v malých porcích několikrát denně a postupně se strava obohacuje. K normální stravě se většina pacientů dostává až za 14 dní (avšak je také zcela běžné, že po pár dnech dostane již plnou porci jídla), dodržování pravidelného stravování je pod dohledem nemocničních sester.

Někdy je hospitalizace vhodná, pokud pacientka žije stále s rodiči, na čas vystoupí z rodinného prostředí, které je již narušené nemocí, vztahy jsou zde příliš konfliktní. Rodina si také ráda odpočine a nečerpá síly na další fáze léčby. Zde je nutné upozornit, jak moc je důležitá změna rodinných vztahů, především po návratu pacientky, která je po propuštění náchylnější k recidivě, pokud se vrátí do stejných podmínek, kde nemoc vznikla. Je proto vhodná konzultace s rodiči, rodinná psychoterapie, a doporučení rodině, jak se k pacientce po návratu chovat.

Dostupné jsou však i formy částečné hospitalizace, nebo terapie formou denních stacionářů, kdy pacient odchází na večer domů. Je tak stále v kontaktu se svoji rodinou a je to pro něj méně emočně náročné. Zda účinnější, to je otázka. Hospitalizace by měla být až posledním východiskem pro kriticky nemocné pacienty s PPP, protože se stále jedná o přístup nemocniční, a z hlediska PPP často nevhodný, což bude následovně vysvětleno.

#### 5.1.1.1 Nedostatky hospitalizační léčby

V současné době ve většině nemocnicích stále funguje princip léčby pro kriticky vyhublé pacienty pouze ve vykrmování, přibírání a vážení. Na jedné straně je to nezbytné a nutné k zachování samotného života a fungování nemocné, avšak cílené zaměření na váhu, jídlo, které je hlavním kritériem úspěšnosti léčby, není vhodné pro každého pacienta s MA. Dalo by se také hovořit o nevhodnosti přístupu k pacientkám. Používají se různé tresty ve formě zákazů vycházek, různých oblíbených činností, pokud pacientka odmítá jíst. Sice nikdo není nucen jíst násilím, avšak tento přístup rozhodně není citlivý k natolik zraněné psychice pacienta, který potřebuje emoční a psychickou podporu v tuto chvíli nejvíce, čehož se mu často od chladného personálu nedostává. Odměny a tresty by neměly být spojeny s jídlem.

Za zcela nevhodné se ukazuje přílišný důraz na váhu pacientky, která je nucena se vážit a podle váhy být hodnocena. „Hospitalizovaným pacientům s anorexií se například často říká jejich současná váha a váha, které by měli dosáhnout.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 133) Toto nerespektuje problematiku MA, kdy se má nemocná naopak učit nehodnotit sama sebe podle své váhy. Pokud je její mysl ještě nemocná a nepřipravená se uzdravit, znamenají pro ni čísla velké nebezpečí. Ona chce mít co nejméně a podle principů hospitalizace váha musí ukazovat co nejvíce, tento paradox je pro ni zcela zničující. Vhodnou variantou by byla změna ve způsobu vážení, kdy pacientkám nebudou sdělována žádná čísla, žádná měřítka, jejich úspěšnost v léčbě bude hodnocena podle jiných kritérií. Tím se nepopírá důležitost obnovení optimální hmotnosti u vyhublých pacientů, avšak měla by být respektována specifika této poruchy a především lidský přístup k pacientům. Claude-Pierre (2001, s. 133) považuje tyto způsoby zacházení s pacientkami v nemocnicích jako jeden z největších důvodů jejich recidivy a rychlého návratu příznaků nemoci.

Dalším kritickým bodem nejen v nemocnicích, ale i doporučovaných dietních plánech v samoléčebných manuálech, je podávaná strava. Nejdříve ve vážných případech je pacientů podávaná výživa uměle sondou. „Zkušenost ukázala, že krmení pomocí sondy a pouze parenterální výživa nejsou při vyživování těchto pacientek obecně úspěšnou metodou. Takovéto postupy jsou invazivní, mohou být fyzicky nebezpečné a pacientkám nepomáhají převzít zodpovědnost za vlastní zdraví.“ (Krch, 2005, s. 162) Po takovémto metabolickém upravení jsou následovně pacientkám podávána 3 velká hlavní jídla spolu se svačinami. Skladba těchto jídel má samozřejmě za cíl pacientův nárůst hmotnosti, avšak klasická česká kuchyně v nemocničním zařízení je nevhodná nejen pro psychiku pacientů (děsí se takto tučných a kalorických jídel), ale i jejich zdraví. Tato strava se vyznačuje tučnými, těžkými jídlami, které jsou hůře stravitelná a obsahují zbytečně mnoho prázdných kalorií v podobě bílé

mouky a bílého cukru, málo zeleniny, vlákniny a vitamínů. Klasicky doporučované a podávané jídlo například k obědu je polévka, nějaký plátek masa v omáčce (chemicky upravené, zahuštěné moukou) a houskový knedlík (bílá mouka, minimum vlákniny), nebo jiná forma přílohy a zákusek. Na žaludek, který byl zvyklý na minimum potravy a to především ve formě zeleniny, ovoce, jogurtů, je tato úprava jídla příliš těžká a nestravitelná. O to více pak pacientky trpí pocity přejedení, plnosti, bolestmi, které mají samozřejmě vliv na jejich psychiku. Takto radikální změny jsou příliš drastické nejen pro tělo, ale i psychiku nemocné.

Pacientka by se měla především učit pestrosti a jíst všeho s mírou. Zpočátku léčby je vhodnější 6 malých jídel denně (malé porce nevzbuzují tak velkou úzkost, strach a následné přejedení), později 5-6ti prvkové denní menu o 3 hlavních chodech a 2-3 svačinách. Je však také nezbytné respektovat zásady zdravé výživy a to především v nemocnicích, kde by se měla podávat vyvážená a pestrá strava, bohatá na bílkoviny, zeleninu, ovoce a vlákninu, typická například pro středomořskou kuchyni.

#### **5.1.1.2 Hospitalizace z pohledu pacienta**

Jakým způsobem prožívá hospitalizaci samotný pacient, se liší individuálně podle případu. K hospitalizaci však nejčastěji dochází, pokud je pacient ve vážném zdravotním. Jeho kritický zdravotní stav vyjadřuje i jeho kritický stav duševní. Tento pacient je zcela pohlcen nemocí a sám s ní bojovat nedokáže, nechce, nebo neumí. Velmi často v nemocnicích dochází k odmítavému přístupu pacienta, k agresivnímu chování či zhoršování jeho depresí a uzavřenosti. Proč tomu tak je, když se mu v nemocnici snaží pouze pomoci?

V první řadě je to pro samotného pacienta obrovský zásah do jeho už tak rozvrácené osobnosti. Je postaven realitě (ohrožení života důsledkem hladovění) a buď jej tato realita natolik vystraší a probere, že začne spolupracovat a bez problému jíst. Vráť se po propuštění zdravý nebo ještě dále dochází na terapie, ale už si uvědomil závažnost své nemoci a rozhodl se léčit. Tyto případy jsou běžné, jsou častější u krátkodobých anorexií, kdy došlo pouze k jediné akutní fázi, častěji v období puberty, kdy psychika pacientky není ještě tolik narušena. Je však také běžné, že někteří pacienti jsou hospitalizováni několikrát, jedná se často o případy chronické MA nebo recidivy často následující právě po hospitalizaci.

Přibrání hmotnosti je v nemocnici primárním kritériem zdraví a úspěšnosti, zatímco pro pacienta největším strachem. Nucení do jídla a kontrola jeho hmotnosti může být vnímána některými pacientkami jako přístup znehodnocující a ponižující jejich osobnost, která v nemocnici nemá žádná práva a odpovědnost za svůj život, což by se právě měla naopak učit. Některými pacientkami může být hospitalizace sama o sobě traumatizující a bránící tak léčebnému procesu. „Řada těchto dětí pohlíží na svůj pobyt v nemocnici jako na potvrzení

svého pocitu bezcennosti. Vnímají léčebné procedury jako trest a nikoli jako pokus o záchranu jejich života.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 206) Často dochází k případům, že pacienti, aby se vyhnuli úzkostem a strachům z jídla a vážení, začnou vnímat hospitalizaci jako jakousi hru. Začnou plnit všechny požadavky lékařů, avšak s vědomím, že až budou propuštěni z nemocnice, navrátí se zpět ke svému anorektickému chování. Zde je nutné si uvědomit, že je to nemocná mysl pacienta, která toto vymýšlí, zdravá mysl se vyléčit může chtít, ale pro to potřebuje vhodné podmínky a prostředí emoční podpory a pochopení.

### **5.1.1.3 Montreaux**

Montreaux je název australské kliniky, založené v roce 1993 Peggy Claude-Pierre, v práci často citovanou autorkou. Má v léčbě PPP zásadní význam pro svou vlastní terapii vykonávanou na klinice, kde probíhá také hospitalizace. Avšak na zcela jiných principech, než naše klasická v ČR a jinde na světě, přestože má také za cíl dostat pacienta na jeho optimální hmotnost.

Při hospitalizaci na této klinice má každý pacient svého ošetřovatele, který mu je k dispozici 24 hodin denně. Úspěšnost kliniky je především v personálu, který užívá různé nestandardní techniky, je trpělivý a lidský a poskytuje pacientům bezvýhradnou emocionální podporu. Funguje zde tým profesionálů, kteří zajišťují zdravou a přirozenou léčbu nemocných. Pacienti jsou váženi zády k váze, jsou jim podávány 6 krát denně menší porce, u jídla jsou přítomni pracovníci, kteří se jim pečlivě věnují v těchto úzkostných a obtížných situacích. „Malé porce víckrát denně jsou pro pacienty méně hroživé než tři velká jídla. Pokud oběť anorexie něco sní a nemá pocit sytosti, vznikne u ní menší potřeba všechno vyzvrátit nebo spálit všechny kalorie cvičením.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 134) Pracovníci znají a chápou nemocnou mysl pacienta, vědí, jak je pro něj těžké si o pomoc říci a začít opět normálně jíst. Při jídle pacienti cítí nepředstavitelnou úzkost a strach, ale také jistou úlevu, když je vedle nich chápající a podporující pracovník. Netradiční strategii, kterou ošetřovatelé užívají na zmírnění pacientovy úzkosti při jídle, je fyzický kontakt. Je někdy nutné vyděšeného pacienta obejmout, pohladit či utěšit.

Dále se pacienti na klinice učí objektivitě, kterou vlivem nemoci ztratili, nebo možná nikdy neměli. „Náš program se snaží naučit pacienty objektivitě, tomu, aby svět okolo sebe viděli takový, jaký je, a ne takový, jaký se zdá být. To je naprosto klíčové. Objektivita umožní, že člověk na sobě přestane neustále hledat chyby a klást si všechno za vinu.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 169)

Tato forma léčby na klinice je vhodná pro pacienty v kritických stavech, kterým se nedaří vyléčit klasickou hospitalizací nebo ambulantními terapiemi. Pro systém hospitalizace

v ČR by tato klinika mohla být příkladem a vhodným přínosem pro změnu některých dosavadních způsobů v přístupu k pacientkám s MA.

### **5.1.2 Psychoterapie**

U těžkých případů se psychoterapie provádí přímo na klinice, pro mírnější formy onemocnění je v ČR možnost docházet ambulantně do některých center, nemocnic, či k soukromým odborníkům. V současné době existuje k dispozici celá řada různých terapeutických přístupů zabývajících se PPP. Stále jsou však tři hlavní směry nejvíce spojovány s PPP - kognitivně-behaviorální, rodinná a psychoanalytická terapie, o nichž bude dále podrobněji zmíněno. Je možné také zvolit terapii individuální či skupinovou.

Všechny terapeutické směry zabývajících se PPP mají své výhody i nevýhody, svojí různorodostí poukazují na nejednotnou problematiku PPP. Je však důležité stále vycházet z individuality pacienta, protože každému vyhovuje něco jiného. Žádná metoda však není účinná bez aktivního přístupu pacienta. Je zásadní pro úspěšnost terapie, zda je k léčbě nucen rodinou, okolím nebo zdravotním stavem a sám se ještě není schopen vzdát své nemoci, nebo dochází na terapii zcela svobodně s rozhodnutím se léčit. Pokud to stav pacienta vyžaduje, je terapie doplněna léky – nejčastěji na zmírnění úzkostí a deprese.

Každý model terapie vysvětluje PPP ze svého pohledu, má svůj vlastní přístup a metody, které jsou často velmi jednostranné, což brání komplexnímu uchopení této poruchy. Úspěšnost a efektivnost různých přístupů v léčbě MA je těžké stanovit, protože nezáleží pouze na přístupech a metodách terapie, ale především na kvalitním vztahu terapeuta a pacientky. Krch (2005, s. 190) uvádí srovnání různých typů léčeb u PPP a odhaduje, že jen 15 % rozdílů ve výsledcích lze přičíst faktorům, které jsou jedinečné specifickému způsobu psychoterapie, zbytek je rozdělen mezi faktory terapeutovy osobnosti (30 %), faktory pacienta a prostředí (40 %) a obecné placebo účinky nebo účinky očekávání (15 %). Nejvhodnější je kombinace více směrů, často raději postupně než současně, především dle potřeb pacientky. Některé terapie jsou také vhodné pouze jako doplňkové k hlavním individuálním terapiím.

Pro samotné pacienty je velmi těžké se nejen rozhodnout pro samotné řešení problému a docházení na psychoterapie, ale také najít vhodnou terapii a terapeuta. V léčbě jde však o proces, vývoj, a proto je nutné počítat předem s dlouhodobostí, s počátečními neúspěchy, být trpělivý a shovívavý nejen k sobě, a i rodina a blízcí by měli být trpělivou oporou.

#### **5.1.2.1 Paternalismus vs partnerství**

V dnešní době je stále typický paternalistický vztah lékaře k pacientovi ve většině zdravotnických zařízení. Někde tento asymetrický vztah pomalu ustupuje a nahrazuje jej

vztah partnerský, kdy dochází k vyrovnání pacienta a lékaře, na úrovni lidskosti, nikoli odbornosti. Paternalistický vztah pacientovi ubírá jeho práva na sebeurčení, jeho autonomii a důstojnost. Slepě věří svému „otci“ lékaři, který tak přebírá veškerou zodpovědnost za jeho léčbu. Na druhé straně partnerský přístup lékaře podporuje aktivní spoluúčast pacienta, který za svou nemoc přebírá zodpovědnost a je podporován ve své autonomii. Každý terapeutický směr určuje úlohu terapeuta, zda bude více aktivní a direktivní, nebo nechá pacienta, aby se aktivněji zúčastňoval na řešení svého problému. To je nepochybně pro pacienta v něčem těžší, avšak ve výsledku účinnější.

Léčba MA vyžaduje kombinaci obou těchto přístupů, podle fáze nemoci, ve které se pacientka v době terapie nachází. V akutních fázích je důležitý paternalistický autoritativní přístup lékaře/terapeuta, který převeze na čas zodpovědnost za pacientčin život. Pacientka v kritickém stavu, kdy odmítá potravu nebo jí jen minimálně, potřebuje rozhodný přístup lékaře/terapeuta, který se nenechá zmanipulovat anorektickou myslí tím, že zná její projevy. Zůstává však stále citlivý a empatický, což je velmi důležité a často chybějící právě v nemocnicích, kam se dostávají tyto pacientky v akutních fázích nemoci. Pacientka se vlivem nemoci nesmí najíst, nesmí přijmout pomoc, nesmí se uzdravit, protože to by znamenalo přibrat a toho se nejvíce bojí. To vše lékař musí vědět a s tím také zacházet. Pacientka v tuto chvíli potřebuje rozhodný a nezlomný přístup. Potřebuje jako by nakázat, aby jedla, avšak vše na úrovni lidskosti a pochopení, ne nátlaku a výhrůžek.

Čím je pacient silnější fyzicky i psychicky, tím více zdravé mysli převládá a zde již potřebuje přístup partnerský, kde terapeut navazuje kontakt s jeho zdravou pozitivní myslí. V této fázi je již pacient připraven učit se na terapii jiné přístupy svého chování, myšlení a vztahu k sobě a lidem. Učí se novým jídelním návykům, učí se poznávat sám sebe a svět kolem. Partnerský přístup terapeuta je důležitý v těchto fázích léčby, protože podporuje zodpovědnost a autonomii pacienta, kterou anorexie zcela porušila. Terapeut má vystupovat v roli podpůrce, a ne již v roli autority.

#### **5.1.2.2 Kognitivně behaviorální terapie**

„Kognitivně behaviorální terapie (KBT) se stala běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a vytváří teoretické základy pro značnou část léčby mentální anorexie. Individuální KBT je terapií doporučovanou těm pacientkám, pro které není vzhledem k jejich věku vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až vážné příznaky.“ (Krch, 2005, s. 128) KBT pracuje především na změně jídelních návyků a postojů pacientky k jídlu a ke svému tělu. „Kognitivně-behaviorální přístup byl nejlépe dokumentován jako účinný u poruch příjmu

potravy, je založen na rozpoznání problému, jeho popsání a změně chování, která je vázána na některá přesvědčení, hodnocení a myšlenky.“ (Papežová, 2003, s. 50)

V první fázi léčby se pacientka učí pravidelnému stravování. „Dodržování tohoto jídelního režimu musí mít přednost před dalšími činnostmi. Nesmí záviset na tom, zda má pacientka chuť k jídlu, ani na jiných okolnostech. Pacientka nesmí jednotlivá jídla či přesnídávky vynechávat. Její denní program se tedy musí tomuto jídelnímu režimu přizpůsobit.“ (Krch, 2005, s. 138) V druhé fázi terapie se pacientka zaměřuje na tzv. „zakázané potraviny“. „Když se začneme v terapii zabývat „zakázanými“ jídly, je třeba určit, kterým potravinám se pacientka vyhýbá. Pak ji požádáme, aby tyto potraviny seřadila podle toho, s jakou mírou odporu by byla ochotna je sníst. Nakonec ji vyzveme, aby je rozdělila do čtyř skupin odstupňovaných podle stupně nechuti, kterou k nim cítí. V dalších týdnech od pacientky požadujeme, aby tyto „zakázané“ potraviny postupně zařazovala do svého jídelníčku. Začínáme kategorií nejméně odpudivých jídel a postupně přecházíme k těm potravinám, které jsou pro pacientku nejobtížnější. Systematické zařazení „zakázaných“ potravin do jídelníčku je třeba provádět tak dlouho, až je dokáže jíst bez pocitů úzkosti.“ (Krch, 2005, s. 140)

Tento terapeutický přístup vychází z přesvědčení, že pouhým nácvikem normálního chování se odstraní patologické chování a popírá tak nevědomé stránky nemoci. Behavioristické přístupy chápou MA jako vnější patologické chování a jednání. Opomíjejí však, že chování a jednání člověka v této nemoci je pouhým vnějším projevem jeho nemocné duše. KBT vychází z teorie učení a pacientky učí normálnímu chování. Toto učení ovšem zahrnuje učení odměn a trestů, které spočívá například v plnění určitých úkolů, zapisování záznamů o své hmotnosti a jídle, svých pocitů, vše je hodnoceno pouze z hlediska vnějších projevů. Tím se na pacienta vytváří nátlak, že musí opět splnit určitá kritéria, aby byl úspěšný. Dostává opět uznání a „lásku“ za své výkony, které ho často k anorexii vedly. Dalším úskalím této terapie je přílišné zaměření na zvýšení nebo upravení hmotnosti pacientek, které často v akutní fázi nejsou připraveny spolupracovat. Bohužel je tento terapeutický přístup stále nejčastěji užívaný v souvislosti s PPP, přičemž by byl více vhodný jako doplňková léčba nebo až v pokročilejším stadiu léčby pacientek.

### **5.1.2.3 Psychodynamická terapie**

Psychodynamické terapie s psychoanalytickým přístupem na opačné straně ke KBT vysvětlují vše z hlediska nevědomých procesů a problémů prožitých v dětství. Tato terapie se zdá být vhodnější na počátcích léčby, kdy odkrývá nevědomé motivy a vysvětluje pacientčino chování zcela jiným jazykem, než je doposud zvyklá. Na kolik je však tato terapie účinná ve

změně postoje k sobě a k jídlu záleží na individuálních schopnostech a možnostech každé pacientky, jak se získanými a prožitými informacemi z průběhu terapie naloží. Povětšinou má MA své kořeny v dětství a v minulosti a jako přítomná nemoc je pouhým následkem, projevem těchto dětských nezpracovaných a nevyřešených konfliktů a frustrací. Je důležité, aby o nich pacient věděl a tím odkryl mnohdy utajené a potlačené emoce, které svým nahromaděním udržovaly a prohlubovaly jeho nemoc. Krch (2005) vysvětluje psychoanalytické teorie PPP: „Kořeny patologie u patientek s poruchami příjmu potravy leží v raném dětství, jsou podmíněny vztahy s důležitými osobami (primárně s matkou) a projevují se ve vývoji jako patologická osobnostní organizace.“ (Krch, 2005, s. 145)

Je evidentní, že u MA nestačí pouhá léčba symptomů a chování. Symptomy je dobré léčit až po pochopení hlubších motivů nemoci. Na druhou stranu je otázkou, na kolik stačí vysvětlování nevědomých procesů při léčbě. Je nutný aktivní přístup patientek, protože když se tyto nevědomé procesy vlivem psychoanalytické terapie stávají vědomými, stanou se i procesy prožívanými, a tak může docházet k jejich uvolnění a postupné změně. Proto je potřeba tyto zážitky s pacientkou nejen objevovat a vysvětlovat, ale také je nutné, aby je prožívala, i když jsou bolestné a nepříjemné. „Léčivé uvědomování nevznikne na základě pouhého logického vysvětlování procesů, které se v člověku odehrávají. Skutečná změna prožívání musí vycházet zevnitř prožitku. Celou tu práci nemůže dělat nikdo zvenku a předat ji jako hotovou věc. Musí ji provést sám prožívající.“ (Kopřiva, 2006, s. 66)

Psychoanalytická terapie podle Krcha (2005) pomáhá pacientům s PPP porozumět hlubším příčinám onemocnění, včetně nevědomých souvislostí. „Intenzivní psychoanalytická psychoterapie je dlouhodobou léčbou, zaměřenou více na problémy osobnosti pacientky než na vlastní příznaky. Specifické aspekty terapie bývají někdy podobné jako u jiných poruch s charakteristikami závislosti, podobně jako při zneužívání drog u adolescentů. Psychoanalytická terapie vede ke změně osobnosti a napomáhá zrání v oblasti separace a individuace, sexuální identity, narcistické regulace a dalších funkcí potřebných pro osobnostní vývoj.“ (Krch, 2005, s. 150) Ne však všichni pacienti s MA jsou schopni této netypické terapie, kde leží na pohovce, terapeut sedí za zády a volnými asociacemi, které pacientku napadají, se dostávají stále hlouběji a blíže ke kořenům nejen její nemoci. Především pomáhají uvolňovat potlačené a zapomenuté emoce, křivdy, bolesti, a společně s terapeutem je pojmenovávají a dávají do souvislostí. Na této terapii se tedy nemoc řeší nepřímo, což může někomu více vyhovovat, někomu méně. Opět záleží na individuálních potřebách.

„Hilda Bruchová, americká psychoanalytička, přednášela v roce 1982 o vývoji svých vlastních postojů k léčbě anorexie. Shledala, že tradiční psychoanalýza je spíše neúčinná.



Poukázala na dva extrémní postoje, jeden zabývající se pouze váhou a druhý zabývající se pouze psychoanalytickou metodou, bez ohledu na nízkou váhu. Zdůrazňovala nutnost komplexní péče v několika oblastech: nárůst váhy (neboť samotná podváha působí psychologické problémy), práce s rodinou a jejími postoji a potřebami. Psychoterapie může být účinná až po léčbě nejhorší podvýživy, protože postižená je až poté schopna pracovat s novými informacemi.“ (Papežová, 2000, s. 17)

#### **5.1.2.4 Rodinná terapie**

Rodinná terapie je vhodná u mladých pacientek, které žijí s rodiči v jedné domácnosti. A také podle Krcha (2005, s. 127) i v případech, kde jsou v popředí rodinné konflikty, je rodinná terapie považována za vhodný doplněk k individuální terapii i u starších pacientek. „Rodinní terapeuti jsou přesvědčeni, že poruchy příjmu potravy mohou odrážet určité dysfunkční role, spojenectví, konflikty nebo interakční vzorce v rodině. Může se to projevovat mnoha různými způsoby. Porucha příjmu potravy může členy rodiny odklonit od potenciálně ohrožujících vývojových očekávání, která se objevují ve fázi přechodu k pubertě, může také sloužit jako maladaptivní řešení adolescentního boje o dosažení autonomie v rodině, kde je jakýkoli pohyb směrem k nezávislosti vnímán jako ohrožení rodinné jednoty, nebo na sebe může obrátit pozornost a tak umožnit rodičům a dítěti, aby se vyhnuli hlavním zdrojům konfliktu.“ (Krch, 2005, s. 127)

Ve většině případů je MA vyjádřením nějakého rodinného konfliktu, který anorektička svým chováním kompenzuje a oddaluje jeho vyústění v otevřený konflikt, kterému se často tyto rodiny vyhýbají. Pacientky velmi citlivě vnímají rodinnou atmosféru, a i malý konflikt v rodině si berou velmi osobně. S anorektickou perfekcionistickou povahou je i sebemenší rodinná dysfunkce známkou obrovské rodinné tragédie. Rodinná terapie je tedy vhodnou doplňující léčbou pro pacientku a i samotnou rodinu, která by neměla být opomíjena v průběhu léčby. Také si zde rodiče uleví a vyřeší své vlastní problémy a konflikty. Mohou tak se svou dcerou výrazně lépe zvládnout celou nemoc. Rodiče zajisté prožívají nesmírné úzkosti a starosti o svoji nemocnou dceru. Potřebují také pomoci a poradit, jak je vhodné se k dceři chovat, jak na sobě mohou pracovat, aby rodina fungovala tak, jak má.

Možným důvodem časté recidivy u MA je právě nezměněné prostředí po léčbě. Dcera, která sama dochází na terapie nebo je na hospitalizaci, může zaznamenat úspěšnou léčbu, ale jakmile se vrátí do prostředí, kde vlastně její problémy vznikly, může dojít k opětovnému onemocnění. Proto je nezbytné léčit rodinu jako celek. Bohužel je však spíše vzácností, že jsou tyto rodiny otevřené a přístupné k rodinné terapii, jenž vyžaduje aktivní spoluúčast na léčbě dcery a své vlastní léčby, která není rozhodně příjemně prožitým časem. Až ve výsledku

a v účincích léčby se dostaví pozitivní aspekty této terapie. Dále mnoho rodin se nedokážou vypořádat s pocitem viny za nemoc své dcery, chápou tyto terapie jako útok na jejich rodičovské schopnosti a mohou reagovat odmítavě až kriticky. Mohou se obávat, že budou hodnoceni a kritizováni jako rodiče. To je však předsudek, který kvalitní rodinná terapie vyvrací.

Terapie zaměřená na rodinu jako systém, chápe rodinu ne jako zdroj nemoci, ale jako zdroj pomoci. „Důležitější je zkoumat s rodinou to, kde uvízla, a pomoci jí znovu objevit zdroje, které jako rodina má, aby se mohla uvolnit a začít hledat nová řešení daného problému. Nejdůležitějším krokem při zapojení rodiny do léčby je tedy dát jasně najevo, že rodinu nepovažujeme za zdroj problému, ale naopak, že rodinu vidíme jako nejdůležitější zdroj pomoci pro jejich dceru.“ (Krch, 2005, s. 181)

#### **5.1.2.5 Skupinová terapie**

Další možností léčby PPP je skupinová terapie, která je většinou součástí léčebných programů pro pacienty s PPP na denních stacionářích a při hospitalizaci na klinice v různých formách. „Vedle různě modifikovaných dynamických a kognitivně-behaviorálních skupin se při léčbě anorexie a bulimie využívá celá řada dalších skupinových programů, od svépomocných a edukativních skupin až po skupinové programy zaměřené na změny v zakoušení vlastního těla.“ (Krch, 2005, s. 193)

Skupina je složena převážně z pacientek se stejnou PPP. Účinnost této terapie je daná efektem společného prožívání stejného problému, typická pro všechny skupinové terapie, kdy dochází u pacienta k úlevě, že se svojí nemocí není sám. Nachází tak porozumění a podporu od osob stejně postižených. Vidět někoho, jak se ničí hladověním je zcela jiný zážitek, než ničit sám sebe. Pacient se učí objektivnímu přístupu, vyjadřovat své pocity a názory na veřejnosti, dostává zpětnou vazbu od ostatních členů.

Nepochybná úspěšnost skupinové terapie u PPP se však může mít účinkem především na počátku léčby, v akutních fázích nemoci, nejčastěji v nemocnicích, kde je tato forma terapie často jedinou terapií pacienta na hospitalizaci. Anorektička často bývá vlivem své nemoci posedlá porovnáváním a touhou být nejhubenější, nebo alespoň vždy být hubenější než ti druzí. Pokud se takto nemocná dívka účastní skupinové terapie s pacientkami stejné poruchy, kde je většina dívek hubených i hubenějších, může dojít k zesílení vlivu anorexie. Porovnáváním sebe (má zkrácené vnímání vlastního těla a zcela reálné objektivní vnímání druhých) a ostatních může dojít až k absurdním závěrům, které jí nutí dále hubnout a nepřibírat. Pacientky místo toho, aby se léčily, mohou mezi sebou začít soupeřit ve své hubenosti, nebo společně vstupovat do koalice proti personálu a vyměňovat si tak informace,

rady, jak více zhubnout, jak nejlépe oklamat lékaře, dietní sestry a tak se mohou v anorexii vzájemně podporovat místo toho, aby se podporovaly ve společné léčbě. Claude-Pierre (2001) uvádí, že skupiny složené výhradně z obětí PPP mohou mít nežádoucí účinky, protože ve skupině budou pacienti vzájemně posilovat svůj vnitřní negativismus. Toto rozhodně není smyslem skupinové terapie. Avšak také záleží na schopnostech terapeuta vést takto složenou skupinu.

Jiné to může být u smíšené skupinové terapie, kde jsou pacienti s různými rozdílnými problémy, často na psychiatrickém oddělení. Zde může anorektička zažívat kladné účinky skupinové terapie bez nutkání srovnávat se s ostatními. Avšak i v této terapii se mohou vyskytnout určitá úskalí. Vzhledem k citlivé povaze nemocných může dívka pomáhat ostatním a zabývat se jejich problémy natolik, že svou léčbu nemoci odsune do pozadí. „Nemocný vidí, že ostatní lidé mají také své strasti. Je zde ovšem nebezpečí, že se bude trápit kvůli obtížím ostatních a přestane usilovat o vlastní uzdravení. Přestane dělat pokroky, zůstane na místě a bude se v myšlenkách plně věnovat bolestem lidí okolo sebe.“ (Claude-Pierre, 2001, s. 217) Ne však každý anorektický pacient je takto empatický a vnímavý k bolestem druhých, naopak u někoho může tato forma terapie být tím správným výběrem.

Z toho vyplývá, že opět záleží na individualitě pacienta, ale přesto by tato forma skupinové terapie byla vhodnější jako doplněk individuální terapie, nebo u pokročilejších pacientů v léčbě a spíše je vhodnější vzhledem ke specifikám dané poruchy heterogenní skupina. Dále se skupinové terapie užívají ve formě svépomocných skupin, a to nejen pacientů samotných, ale také jejich rodičů, blízkých, kteří tak nacházejí u stejně postižených rodin oporu a pochopení.

#### **5.1.2.6 Terapie orientovaná na zakoušení vlastního těla**

Narušené vnímání vlastního těla a negativní emocionální postoj k němu jsou typickými znaky MA, které jsou propojeny s dalšími narušenými postoji uvnitř mysli pacientky. Tělo je spojeno s emocemi, které tyto pacientky mají potíže zdravě prožívat a ventilovat, což má za následek jejich potlačování a kontrolu. „Pro anorektičky je charakteristická porucha tělesného schématu, hyperaktivita a strach ze ztráty sebekontroly. Tyto vlastnosti hrají ústřední roli v jejich chování a považujeme je za hlavní výchozí body i pro terapii. Porucha tělesného schématu znamená, že tělo je vnímáno negativně a současně zdánlivě odděleně od základní osobnosti. Pacientka hubne, ale přesto se vnímá jako příliš silná. Tělo je buď hrozbou, nebo pasivním, odosobněným a necitlivým břemenem. Chuť k jídlu, tělesná potěšení a pohlavní touha jsou tvrdošíjně potlačovány. Strach ze ztráty sebekontroly je v pozadí potřeby absolutně ovládat své tělo a jeho vnitřní a vnější prostředí na

fyzické úrovni, ale také na psychologické úrovni. Strach ze ztráty sebekontroly se transformuje do strachu ze ztloustnutí. Touha anorektiček udržet vše ve svém životě pod kontrolou ukazuje na jejich paralyzující pocity bezmoci.“ (Krch, 2005, s. 171)

Terapie orientované na tělo jsou vhodnou volbou pro pacienty s MA, protože se učí zacházet se svým tělem a emocemi, znovu získávají vztah ke svému tělu, které se při léčbě mění. Přibrat na optimální hmotnost je kritériem úspěchu léčby MA, avšak pouze teoretickým. Cílem je, aby pacientka své nové tělo přijala a naučila se jej milovat. Možným důvodem recidiv je, že pacientka přibere, ale nesnese své nové tělo, které ji způsobuje silně negativní pocity a deprese, a tak radši začne znovu hubnout. Stává se tak v případě, že na to její psychika ještě není připravena a potvrzuje fakt, že nelze léčit tělo bez duše. Nejdříve musí změnit postoj sama v sobě a pak může teprve začít měnit své tělo a postoj k němu.

„Terapie orientovaná na tělo (body-oriented therapy, BOT) zahrnuje všechny formy psychoterapie, které se zaměřují na tělo a tělesné pocity pacienta s cílem zlepšit jeho psychický stav.“ (Krch, 2005, s. 167) Pacient trpící ppp trpí zároveň poruchou zažívání vlastního těla, které Krch (2005, s. 165) shrnuje do tří základních:

- 1) Zkreslené vnímání velikosti těla
- 2) Preference štíhlosti, kdy individuální představa o ideálních rozměrech těla je užívána jako standard určující míru spokojenosti s vlastním tělem
- 3) Nespokojenost s vlastním tělem, která odráží diskrepanci mezi hodnocením svého těla a ideálu

Na BOT jde především o neverbální zážitky, které pak mohou být na těchto terapiích rozebírány. Cílem je zakoušet vlastní tělo, u MA se tomu pacient úmyslně vyhýbá, protože mu to způsobuje úzkost. „BOT byla použita u pacientů s poruchami příjmu potravy pod různými jmény, jako například skupiny zaměřené na tělesné schéma, „body image therapy“, pohybová terapie, taneční a pohybová terapie, fyzioterapie nebo psychomotorická terapie.“ (Krch, 2005, s. 167) BOT využívá různých technik a metod – cvičení, hry, relaxační techniky, fyzické cvičení, jógu, dýchací techniky, atd. „Tělesné „zkoumání“ a vyjadřování je založeno na nácviku, který podporuje přiměřenou sebereprezentaci a růst (smyslové vnímání, sebekonfrontační techniky s videokamerou nebo zrcadlem, koncentrační cvičení), nebo na nácviku rozvíjejícím společenské schopnosti a pozitivní interakci s okolím (neverbální vyjadřování, cvičení důvěry).“ (Krch, 2005, s. 167) Pacienti jsou vlivem své nemoci zvyklí se vyhýbat situacím, kde by mohli své tělo jen zahlédnout. „Dívky se takové konfrontaci vyhýbají, nedívají se do zrcadla, je pro ně těžké, vidět se tak, jak je vidí druzí.“ (Papežová, 2000, s. 35) Proto jsou tyto audio a vizuální techniky velmi podpůrné. Může dojít ke změně

vnímání sama sebe formou nácviku a zvyku. „Anorektičtí pacienti se musí naučit komunikovat se svým tělem a prostřednictvím svého těla. To znamená naučit se „jazyk“ svého těla, což zahrnuje i tělesné vyjadřování pocitů a podráždění ve vztahu k okolí. Při společenských kontaktech anorektiček je totiž nápadný nedostatek sebevědomí a neschopnost asertivního jednání.“ (Krch, 2005, s. 172)

Dalšími terapiemi užívající převážně neverbální vyjádření jsou arteterapie, psychodrama a také různé techniky zaměřené na získání sebevědomí a schopnost vyjadřování. Vhodnou technikou může být také nácvik asertivity, jež se na první pohled může zdát, že s MA tolik nesouvisí. Jak již bylo však zmíněno, MA souvisí s nedostatečně vybudovanými hranicemi a neschopností se adekvátně a bez kontroly projevit, což právě asertivní techniky pomáhají měnit a především stavět hranice, které pacientům mohou chybět.

#### **5.1.2.7 Alternativní terapie mentální anorexie**

V současnosti vedle klasických terapií PPP existuje celá řada alternativních terapií, které se dají využít při léčbě MA. Uvedu pouze některé příklady - homeopatická léčba, jógová terapie, hypnóza, aromaterapie, kineziologie. Účinnost těchto terapií opět záleží na individuální povaze pacientky a její nemoci a míře aktivity, které do své léčby vkládá.

## 6 Šetření mentální anorexie

V této části práce se budu zabývat MA z pohledu dívek a žen, které mají osobní zkušenosti s touto diagnózou. Nebudou zde však uvedeny žádné dramatické příběhy s šokujícími údaji o váze pacientek, jejich drastickém způsobu hladovění a týrání svého těla, s kterými média nejčastěji spojují tuto nemoc. MA zde bude pojata jako psychosomatická porucha, kde hladovějící tělo znázorňuje duši hladovějící po lásce a přijetí.

V teoretické části práce jsem shromáždila informace nutné k pochopení MA v širších souvislostech. Na základě studia dané problematiky a vlastní zkušenosti jsem si stanovila hypotézy, které se výzkumem pokusím ověřit či vyvrátit. Hypotézy se týkají zkreslených informací o MA, které jsou veřejnosti nejčastěji podávány. Jde o dobu vzniku onemocnění (nejčastěji se uvádí puberta), jeho příčin (nejčastěji se uvádí společensko-kulturní příčiny) a následné léčby (nejčastěji se uvádí hospitalizace a pouze 1/3 vyléčených).

Pro výzkum jsem si stanovila tyto následující hypotézy:

1. **Mentální anorexie postihuje ženy bez ohledu na věk a vzdělání**
2. **Rodina ovlivňuje vznik mentální anorexie**
3. **Současný systém léčby neposkytuje pro mentální anorexii komplexní služby**
4. **Mentální anorexii lze vyléčit**

### 6.1 Metody šetření

Pro ověřování daných hypotéz jsem užila tyto metody:

1. Interpretace údajů v odborné literatuře
2. Polouzavřený dotazník
3. Rozhovor
4. Metoda introspekce spojená s vlastní zkušeností (analýza vlastních pocitů)

**Interpretace údajů v odborné literatuře** je založena na dlouholetém studiu problematiky PPP. MA v odborné literatuře jsem se zabývala mnohem dříve, než jsem začala studovat literaturu k této práci. Svě poznatky jsem propojila se studiem psychologie, především z oblasti vývojové psychologie, psychopatologie a sociální psychologie a dále studiem různých terapeutických směrů zabývajících se MA.

**Polouzavřený dotazník** jsem dala vyplnit některým pacientkám s MA osobně nebo z důvodu zachování anonymity v elektronické podobě na internetu. Dotazník jsem zaslala na různé portály zabývajících se PPP. Otázek bylo celkem 10 a byly formulovány s ohledem na vytvořené hypotézy. V dotazníku jsou položeny čtyři uzavřené otázky s výběrem jedné odpovědi, dvě polouzavřené s výběrem více odpovědí a možností vlastní odpovědi, a čtyři

otevřené otázky, kde měly dotazované prostor k vlastnímu vyjádření. Zhotovený dotazník bude k nahlédnutí v příloze č. 1. Původně jsem očekávala, nebo spíše doufala, že odpoví alespoň 15 dívek či žen. K mému překvapení nakonec odpovědělo 32 respondentek a byly zodpovězeny všechny otázky.

**K osobnímu rozhovoru** jsem záměrně oslovila pouze tři respondentky s chronickou MA, které splňovaly tyto požadavky nutné k ověření mých hypotéz:

- Zkušenosti s MA po dobu nejméně 10 let
- Dlouhodobý odstup od akutní fáze MA
- Zkušenosti s více typy terapií MA
- Náhled a schopnost sebereflexe
- V současné době se považují za vyléčené nebo bez akutních anorektických příznaků

Rozhovory proběhly v přirozeném prostředí dívek, dva v kavárně a jeden v domácnosti. Na záznam rozhovorů jsem nepoužila diktafon, abych nenarušila důvěrnou atmosféru. Dělal jsem si stručné poznámky. Délka všech rozhovorů trvala kolem tří hodin. Z důvodu zachování anonymity byla pozměněna jména dotazovaných. Závěry z rozhovorů budou uvedeny pro dokreslení jednotlivých hypotéz

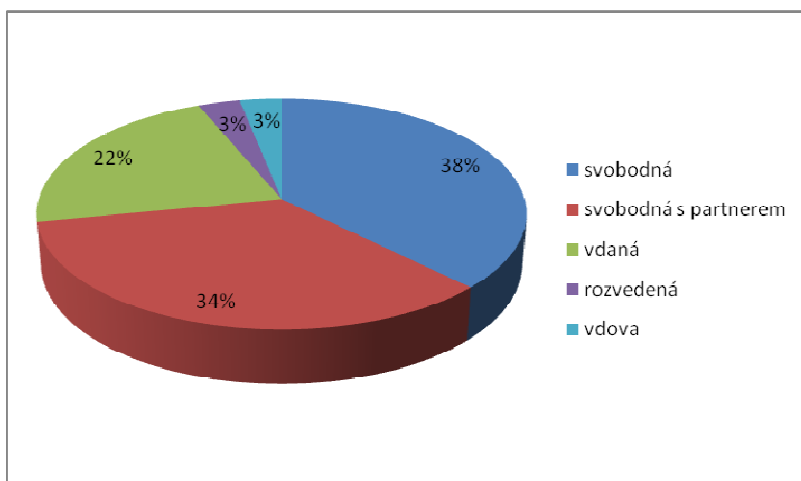
**Introspekci spojenou s vlastní zkušeností**, která je založena na analýze vlastních pocitů, chci v této části práce využít také k ověření stanovených hypotéz a ke konfrontaci mých zkušeností a názorů na danou problematiku s oslovenými respondentkami. S chronickou MA mám osobní zkušenost přes 12 let, posledních 5 let se úspěšně léčím různými terapiemi. Setkání s respondentkami bylo významnou zkušeností nejen pro mou práci, ale i pro mne samotnou.

## 6.2 Základní informace o respondentech

Všechny respondentky v dotazníku byly diagnostikovány s MA, kterou v současnosti trpí. U třech dotazovaných se později objevila i MB.

**Tabulka č. 1: rodinný stav**

	Počet odpovědí	%
Svobodná	12	38%
Svobodná s partnerem	11	34%
Vdaná	7	22%
Rozvedená	1	3%
Vdova	1	3%



**Graf č. 1: rodinný stav**

Rodinný stav respondentek je různý, jak je zřejmé z tabulky č. 1 a znázorněno na grafu č. 1. 12 respondentek je svobodných, 11 v partnerském vztahu, 7 vdaných, 1 rozvedená a 1 vdova.

Respondentkám v rozhovoru jsem z důvodu zachování anonymity pozměnila jména. Všechny tři mi daly ústní souhlas k použití veškerých údajů řečených při rozhovoru.

**Dana (32 let)** v současné době pracuje jako knihovnice, bydlí již několik let sama a považuje se za vyléčenou z mentální anorexie. První příznaky MA se u Dany projevily ve 14 letech, byla z důvodu výrazné podváhy hospitalizována a následně docházela na rodinnou terapii. Po návratu z nemocnice Dana začala normálně jíst, ale stále si od té doby udržuje nízkou váhu (BMI na hranici podvýživy a normální váhy). Začala trpět úzkostmi a obsedantně-kompulzivní poruchou, které jí trápí dodnes. Stále dochází na individuální terapii a užívá antidepresiva.

**Klára (27 let)** se živí jako produkční v divadle. Bydlí se svým partnerem a považuje se za vyléčenou z mentální anorexie, avšak stále má nízkou váhu a v krizových situacích přestává jíst. První příznaky MA se u Kláry objevily v 15 letech, byla dvakrát hospitalizována, léčena farmaky kvůli depresím a suicidálním myšlenkám. Od 16 do 21 let nemenstruovala a omezovala se v jídle. Druhá akutní forma MA se objevila kolem 20 let. Klára má zkušenosti s několika typy terapií MA – individuální (kognitivně- behaviorální), rodinná, skupinová terapie, svépomocná skupina, samoléčba, homeopatie, aromaterapie, kineziologie a rodinné konstelace.

**Eliška (25 let)** studuje VŠ a bydlí s rodiči. V současné době je bez akutních anorektických příznaků. První příznaky MA se objevily ve 13 letech, po výrazném zhubnutí a vymizení menstruace se na doporučení gynekoložky naučila znovu jíst pod tlakem rodiny. Po



dobu 5 let jedla velmi omezenou nízkokalorickou stravu a výrazně cvičila, léčila se pouze se zažívacími problémy a potížemi s pohybovým aparátem. Druhá akutní forma MA se objevila v 18 letech. Začaly se objevovat silné deprese, úzkosti, obsedantně-kompulzivní porucha. Po dobu několika let trpěla nespavostí. Kvůli těmto psychickým potížím začala od 20 let docházet na různé individuální terapie s přestávkami – psychologická poradna, kognitivně-behaviorální terapie, gestalt terapie, jógová terapie, interpersonální terapie a další alternativní terapie. Až ve 20 letech ji byla diagnostikována chronická atypická anorexie (menstruovala za podpory antikoncepce) a doporučeny několikrát farmaka na snížení úzkostí a depresí, které vždy odmítla (bála se, že po nich přibere). V současnosti dochází na psychoanalytickou terapii a léčí se homeopatiky. Stále si udržuje váhu, která je na hranici podváhy a normální váhy, hodně cvičí.

### 6.3 Výsledky ověřování hypotéz

#### 1) Mentální anorexie postihuje ženy bez ohledu na věk a vzdělání

K ověřování této hypotézy odpovídá v dotazníku otázka číslo 1, 2, a 5.

**Otázka č. 1: Kolik je Vám let?** Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 2

Tabulka č. 2: současný věk

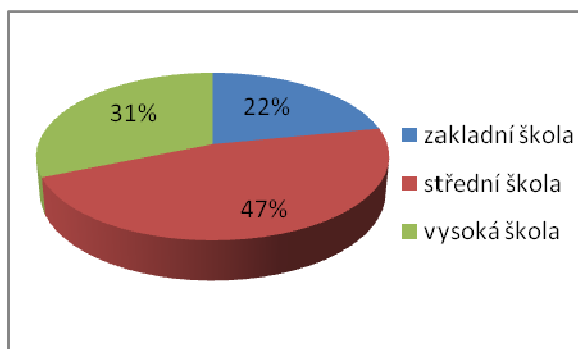
Rozmezí	14 až 46 let
Průměrný věk	25,72
Medián	26

Věkové rozpětí dotazovaných, které v současnosti trpí MA je široké.

**Otázka č. 2: Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?** Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 3 a znázorněny na grafu č. 2

Tabulka č. 3: dokončené vzdělání

	Počet odpovědí	%
Základní škola	7	22%
Střední škola	15	47%
Vysoká škola	10	31%



**Graf č. 2: dokončené vzdělání**

Z údajů vyplývá, že dokončené vzdělání dívek je různé.

**Otázka č. 5: V kolika letech se objevily první příznaky poruchy příjmu potravy?**

*Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 4*

**Tabulka č. 4: věk propuknutí nemoci**

Rozmezí	12 až 40 let
Průměrný věk	16,5
Medián	15

První příznaky poruchy příjmu potravy se objevily u respondentek v různé době.

Z dotazníku byly zjišťovány dva údaje týkající se věku respondentek. První z nich byl současný věk respondentek trpících MA, který ukazuje široké věkové rozpětí nemocných. Jejich věk se pohybuje mezi 14 a 46 lety. Druhý údaj zaznamenával dobu vzniku nemoci. Věkové rozpětí je opět široké, MA se u respondentek začala projevovat mezi 12 a 40 lety. Zjištěné údaje poukazují na to, že se MA netýká pouze dospívajících dívek. Tím se nepotvrdil často zmiňovaný údaj v literatuře, že MA postihuje pouze dívky v pubertě. S tím souvisí i vzdělání, které je u respondentek různé. 15 respondentek má středoškolské vzdělání, 10 vysokoškolské a 7 dokončilo základní školu. Na základě uvedených výsledků vyplývá, že MA postihuje ženy bez ohledu na věk a vzdělání.

**Závěr – Hypotéza č. 1 se potvrdila**

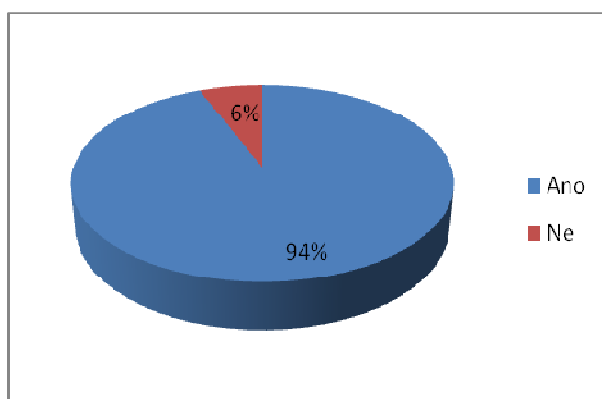
## **2) Rodina ovlivňuje vznik mentální anorexie**

Na ověření této hypotézy odpovídá otázka č. 4 v dotazníku a výpovědi dívek z rozhovorů.

**Otázka č. 4: Žila jste v době propuknutí nemoci s rodiči?** Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 5 a znázorněny na grafu č. 3

Tabulka č. 5: soužití s rodiči

	Počet odpovědí	%
Ano	30	94%
Ne	2	6%



Graf č. 3: soužití s rodiči

Většina dotazovaných žila v době propuknutí nemoci s rodiči, jak je zřejmé z tabulky č. 5 a grafu č. 3.

Dana (32 let) uvádí rodinné působení jako hlavní příčinu svých potíží. Svou nemocí chtěla ve 14 letech získat pozornost a lásku otce, který kvůli svému pracovnímu vytížení neměl pro rodinu a svou dospívající dceru čas a neuměl dát dceři emoční projevy, které potřebovala. Dana svého otce dodnes vnímá negativně: „*Je hrozně neprůbojný, neumí se k problému postavit jako chlap, všechno je na mámě. Nikdy mě neobjal a neprojevil žádnou emoci, ani mámě.*“ Dana sice již netrpí akutní formou anorexie, žije od 18 let sama, ale vztah s otcem jí stále ovlivňuje život. Měla pouze jeden krátkodobý partnerský vztah, který ukončila z důvodu, že jí přítel příliš připomínal otce. Dnes se mužům spíše vyhýbá a trpí samotou. Dále Danu velmi ovlivnila celková atmosféra rodiny, ve které silně vnímala strach ze selhání a pocitu viny ze strany obou rodičů.

Klára (27) uvádí vliv své rodiny na vznik její nemoci také jako určující. Otec měl problémy s alkoholem a matku popisuje jako dominantní a materiálně založenou. V době propuknutí nemoci Klára vnímala partnerské konflikty rodičů (později se rozvedli a otec zemřel). Matka ji negativně ovlivňovala proti otci. Klára si také stěžuje na nedostatek lásky a

emocí v rodině. „*Byla jsem vždycky citlivější a bylo mi často smutno, že mě doma nikdo nechápal, neobjal, neřekl, že mě má rád.*“ Dodnes má komplikovaný vztah s matkou. „*Nerozumí mi. Je emočně chladná a nedokáže na mě nic ocenit.*“ Od malička byla vychovávána v tom, že něco musí nebo nesmí. Kláře nejvíce vadí, že mají odlišné názory a matka ty její nerespektuje a shazuje. Druhá epizoda akutní MA probíhala v době, kdy měla Klára dlouholetý vztah. Svou nemocí opět chtěla získat pozornost přítele a po rozchodu přestala jíst úplně. Dále Klára poznamenává, že zacházením s jídlem ventilovala své negativní emoce, které se v rodině naučila potlačovat. „*Mámu jsem viděla v životě plakat jen jednou a to se mi za to ještě omlouvala.*“ Dodnes se učí přirozeně vyjadřovat své city a emoce a nestydět se za ně.

Eliška (25 let) na své dětství vzpomíná kladně a s rodiči má hezký vztah. Je si však vědoma několika negativních vlivů, které mohly působit na vznik MA a především její dlouhodobý průběh. „*Už jako malá jsem byla hodně závislá na mámě, špatně jsem snášela jakékoli odloučení. Pamatuju si, že jsem měla o mámu stále strach. Jako malá jsem se naučila modlit, abych se tak zbavila úzkosti, že se jí něco stane. Musela jsem se modlit každý večer a později jsem se modlila za všechny v rodině, jinak jsem nemohla usnout.*“ Tento rituál Eliška vyměnila později za cvičení a omezování potravy, které ji zbavovalo úzkostí. Na počátku puberty se jí otec vzdálil a dodnes cítí Eliška jistou emoční vzdálenost a nedostatek citu z jeho strany. Uvědomuje si, že ji má rád, ale nedal jí to nikdy otevřeně najevo. „*Nikdy mě táta neobjal a moc mi to chybí.*“ Otec se celý život věnoval své kariéře a domácnost přenechal své ženě, která se starala o tři děti a na počátku puberty Elišky ještě o své nemocné rodiče. Eliška ji popisuje jako silnou, optimistickou ženu, která se s láskou a starostlivostí stará o celou rodinu. Od malička se jí snažila se vším pomáhat. Matka si často stěžovala, že je na všechno sama. Rodiče Elišky se často hádali. „*Moc mě jejich hádky bolely, nevěděla jsem, koho mám bránit a vyčítala jsem si, že s tím nemůžu nic udělat. Oba po mě chtěli, abych byla na jejich straně, ale to bych se musela rozdvojit. Měla jsem je ráda oba dva a nechtěla jsem si vybírat.*“ Také se v rodině naučila potlačovat negativní emoce a slabost. „*Jsem naučená zatnout zuby a vydržet.*“ To se však projevovalo později v nemoci, kdy Eliška i přes výraznou hubenost stále cvičila, hodně věcí stíhala najednou, až se pak zhroutila. „*Svou nemoc dnes chápu jako jediné místo, kde jsem byla svým pánem, kde jsem si všechno řídila sama a mohla tak unikat nepříjemným pocitům, které jsem prožívala. Tolik jsem toužila po pohlázení, po lásce, ale neuměla jsem to dát najevo.*“

Další téma, které jsem s dotazovanými v rozhovorech řešila, byla reakce rodiny na MA u dívek. Všechny dotazované trpěly MA více než deset let a většinu nemoci prožívaly doma s rodinou. Hledala jsem tak spojitost reakce rodiny a dlouhodobého průběhu nemoci či neúspěchů léčby.

Dana (32 let) uvádí, že se její rodina k nemoci stavěla aktivně, především její matka. Otec byl opět v pozadí a nechtěl se zúčastňovat jakékoli debaty o Danině zdraví. *„On nechtěl nic řešit. Staral se hlavně o svou práci a to, co bylo doma, měla řešit máma.“* Matka ji nechala hned na počátku nemoci vyšetřit rodinným známým psychologem a ten jí doporučil hospitalizaci. Dana vzpomíná, že si přála o svém trápení s někým mluvit, ale nikdy se jí nikdo nezeptal, proč nechce jíst. *„Rodiče se mnou zacházeli jako s nemocnou, ale co nejrychleji mě chtěli dát do nemocnice, aby se o mě lékaři postarali.“* MA se však po hospitalizaci vrátila v jiné formě, kdy Dana neustále kontrolovala svého mladšího bratra, jestli jí. *„Bráška byl také ohrožený, a tak jsem ho musela hlídat, aby se mu nestalo to, co mě. Trpěla jsem obsedantně-kompulzivní poruchou, kdy jsem místo sebe kontrolovala bráchu.“* Dodnes kontroluje lidi kolem co jí, jestli více nebo méně nežli ona, a pak se podle toho cítí. Až odstěhování od rodiny jí pomohlo. Dnes uvádí: *„Nejvíce by mi tenkrát pomohlo, kdyby se otec pochlapil, bouchnul do stolu a řekl, abych se najedla.“*

Klára (27 let) si uvědomuje, že velký podíl na rychlém zásahu do její nemoci byl ten, že její matka je lékařka. Hned věděla, o co se jedná. Ale přesto zůstala ve svém jednání matka spíše lékařkou než matkou. *„Do jídla mne dodnes nutí, i když ví, že nejím maso, tak mi ho vždy nabízí.“* V době nemoci byla Klára uzavřená a nechtěla s nikým mluvit. Moc by jí tenkrát pomohlo, kdyby cítila nějakou emoční zpětnou vazbu od rodičů. *„Nikdy mi máma neřekla, že mě má ráda, až já jsem ji to musela učit.“*

Eliška (25 let) se diagnózu MA dozvěděla až po 7 letech trvání nemoci. Vždy se její fyzické nebo psychické zhroucení a vyčerpání připisovalo jejímu aktivnímu životu a sportovnímu vytížení. Všichni v rodině jsou velmi aktivní a činorodí. V rodině nikdo o nemoci nevěděl, několik let chodila tajně na psychoterapie. Otec i bratr měli ironické poznámky, že je anorektička. Matka však věděla, že její dcera nejí normálně, ale také nevěděla, že se jedná o psychickou nemoc. *„Máma mě nutila do jídla, kontrolovala, co jím a moc se o mě bála. Nedokázala jsem jí vysvětlit, co se se mnou děje.“* Eliška se bála přiznat matce, že není normální. Bála se, že jí tím ublíží. V době nemoci ji nejvíce mrzelo, že to bylo

všem jedno. „*Jen mě kritizovali, že jsem moc hubená, že nic nejím, nebo že jím divně, ale nikdy se mě nikdo nezeptal, proč to vlastně dělám.*“

Z dotazníkového výzkumu vyplývá, že většina dívek (94%) žila v době propuknutí nemoci s rodiči, proto je jejich vliv pro vznik MA významný.

Z rozhovorů vyplývá, že všechny dotazované si uvědomují souvislost rodinného působení a výchovy na vznik jejich problémů s jídlem. Jedná se především o pocit nedostatku lásky a emoční blízkosti rodičů, potlačování negativních emocí v rodině, vnímání pocitu viny, strachu ze selhání. Překvapivé bylo, že se všechny dotazované shodují v popisu rodičů. Otec je uváděn jako emočně nedostupný a chladný, matka jako dominantní, pečující o rodinu. Tyto charakteristiky rodičů se shodují s uváděnými údaji v literatuře. Všechny dívky vnímaly partnerské konflikty rodičů a celkovou nespokojenost matek v rodině z důvodu nepřítomnosti muže v rodině jako manžela a otce. Chronicita MA u všech dívek v rozhovorech může souviset s reakcemi rodiny na jejich nemoc a nezměněným prostředím v průběhu léčby dotazovaných.

Zmíněnými situacemi v rodinách dívek jsem chtěla ukázat, jak je důležitý celý systém fungování rodiny, že u MA nejde o problém jednoho člověka, ale celé rodiny, dívka svou nemocí na problém nepřímo ukazuje. Proto je tak důležitá rodinná terapie při léčbě MA, kdy se z rodiny může stát zdroj pomoci a ne nemoci.

**Závěr – Hypotéza č. 2 se potvrdila.**

### **3) Současný systém léčby neposkytuje pro mentální anorexii komplexní služby**

K ověřování této hypotézy jsem použila otázky v dotazníku č. 6, 7, 8, 9 a výpovědi dívek z rozhovorů.

**Otázka č. 6: V kolika letech jste se dozvěděla, že trpíte mentální anorexií?** Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 6

**Tabulka č. 6: doba zjištění diagnózy**

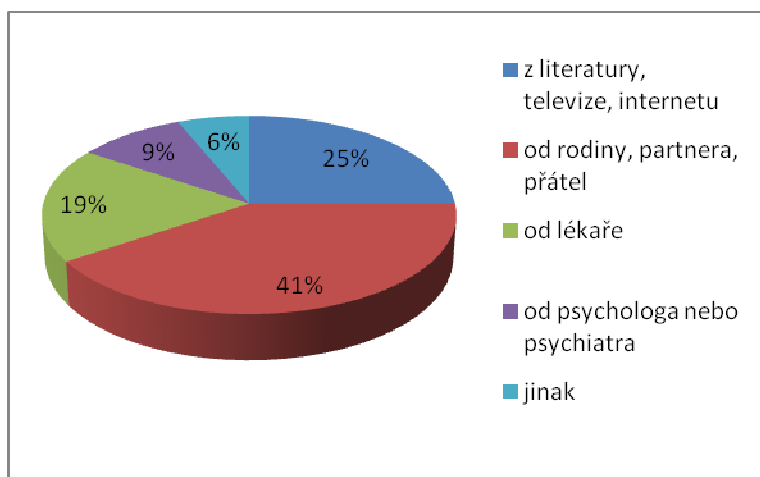
Rozmezí	12 až 42 let
Průměrný věk	17,9
Medián	17

Respondentky se dozvěděly o své nemoci později a většina v době nezletilosti.

**Otázka č. 7: Jak jste se diagnózu dozvěděla?** Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 7 a znázorněny na grafu č. 4

**Tabulka č. 7: způsob zjištění diagnózy**

	Počet odpovědí	%
z literatury, televize, internetu	8	25%
od rodiny, partnera, přátel	13	41%
od lékaře	6	19%
od psychologa nebo psychiatra	3	9%
jinak	2	6%



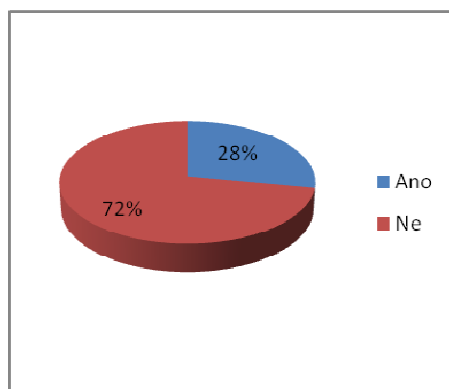
**Graf č. 4: způsob zjištění diagnózy**

Nejčastější se respondenty dozvěděly svou diagnózu MA od svých blízkých (rodiny, partnera, přátel).

**Otázka č. 8: Nastoupila jste ihned po diagnóze léčbu?** Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 8 a znázorněny na grafu č. 5

**Tabulka č. 8: nastoupení léčby**

	Počet odpovědí	%
Ano	9	28%
Ne	23	72%



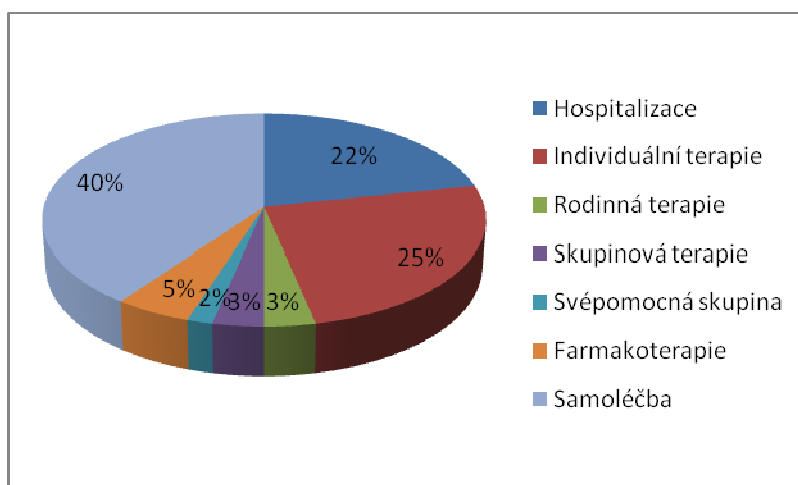
**Graf č. 5: nastoupení léčby**

Většina dotazovaných dívek léčbu ihned po zjištění diagnózy nenastoupila.

**Otázka č. 9: Jaký druh léčby jste podstoupila/podstupujete?** *Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 9 a znázorněny na grafu č. 6*

**Tabulka č. 9: druh léčby**

	Počet odpovědí	%
Hospitalizace	13	22%
Individuální terapie	15	25%
Rodinná terapie	2	3%
Skupinová terapie	2	3%
Svépomocná skupina	1	2%
Farmakoterapie	3	5%
Samoléčba	24	40%



**Graf č. 6: druh léčby**



Z odpovědí v tabulce č. 9 vyplývá, že nejčastějším typem léčby byla u dotazovaných samoléčba.

Z procentuálně nejčastějších odpovědí lze vyvodit hypotetický obraz situace průběhu onemocnění – nezletilá dívka se dozvídá od rodiny (přátel, partnera), že trpí MA, léčbu ihned nenastoupí a později se léčí samoléčbou. Tyto údaje v dotazníku ukazují na několik důležitých faktorů vypovídajících o nekomplexnosti současného systému léčby. Lze je shrnout do následujících bodů:

- u dotazovaných dívek chybí včasná diagnostika MA odborníkem, který by doporučil vhodnou a komplexní léčbu ihned po zjištění problémů
- nezletilost dívek v době stanovení diagnózy ukládá zodpovědnost za následnou léčbu rodičům, kterým však chybí často informace o problematice a závažnosti MA
- tyto informace by měli podávat rodičům a dívce praktický lékař nebo gynekolog, kterého dívka navštíví pravděpodobněji (výrazný úbytek váhy či extrémní cvičení se nejdříve projevuje tělesnými potížemi), než samotného psychologa a jsou často prvními odborníky, na které se dívka či rodiče obrací s problémem
- tyto odborníci by měli být informováni o PPP a nabídnout vhodnou léčbu pro dceru.
- v odpovědích chybí jako zdroj diagnózy učitelé, kteří jsou v každodenním styku s nemocnou dívkou a měli by být také informováni o příznacích MA a spolupracovat tak s rodinou a například se školním psychologem

Tyto faktory vyplývající z dotazníku lze ukázat konkrétněji na výpovědi Elišky, u které byla nemoc diagnostikována až po 7 letech trvání nemoci. Po celou tu dobu docházela k různým lékařům se zdravotními problémy související s MA (ztráta menstruace, zažívací potíže, snížená imunita,...), ale nikdo nenašel spojitost tělesných potíží a psychické nemoci. Až když Eliška trpěla později depresí, úzkostí a nespavostí, rozhodla se navštívit z těchto důvodů psychologa. Ten uvedl diagnózu MA, avšak jediné co nabídl, byly psychofarmaka. Eliška tuto léčbu odmítla a rozhodla se léčit sama. Až po několika letech, kdy se potíže stále zhoršovaly, rozhodla se vyhledat odbornou pomoc. Rodina po celou dobu o problémech Elišky věděla, avšak neuvědomovala si závažnost situace, že zvláštní chování dcery a její hubenost je psychická nemoc. Matka se několikrát obracela na praktickou lékařku a gynekoložku, aby ji poradily co dělat, ale nikdo z odborných lékařů ji neřekl, že dcera trpí MA, pouze ji doporučily, aby dcera více jedla.

U Dany i Kláry byla jejich nemoc zachycena včas a předána ihned do rukou odborníků (hospitalizace a následné terapie). Dana vděčí rodinnému známému psychologovi, který rodině ihned doporučil následující postup léčby a Klářina matka je sama lékařka, proto věděla co dělat.

Další téma vypovídající o současném systému služeb léčby MA, které jsem v rozhovorech řešila, byly zkušenosti dívek s různými druhy léčebných terapií, které podstoupily. V jejich hodnocení se dívky rozcházejí, každé pomohlo něco jiného a každá má jinou zkušenost. Všechny dívky mají však stejnou zkušenost s dlouhodobým hledáním té správné terapie. Musely si několika terapiemi projít s neúspěchem. Samoléčbu vyzkoušely všechny, ale dnes jsou si vědomy, že bez odborné pomoci by svou nemoc nevyléčily. Také se shodují na tom, že v ČR chybí klinika zaměřená jen na léčbu MA, kde by všichni lékaři a terapeuti měli zkušenost s tímto onemocněním a spolupracovali by na případu společně.

Moje vlastní zkušenosti s léčebným systémem MA jsou velmi podobné a potvrzují to, co bylo z šetření zjištěno. Léčba MA by měla být komplexní, aby bylo možné vyléčit všechny příčiny i následky. Komplexní léčba je léčba bio-psycho-sociální. Je nutná spolupráce lékaře, gynekologa, psychiatra, nutričního specialisty, psychologa a následná ambulantní terapie individuální, rodinná a popřípadě skupinová, doplněná dalšími alternativními terapiemi. Všechny druhy léčby jsou v ČR ve větších městech k dispozici, ale jako oddělené nespolupracující léčebné služby. Psychoterapie zabývající se PPP se navíc liší v přístupech, technikách a pojetí MA, je tedy nejednotná.

V ČR chybí klinika zabývající se pouze PPP, která by zajišťovala komplexní léčbu a tým spolupracujících odborníků. Jediná specializovaná jednotka pro PPP a stacionář pro PPP v ČR je v Praze. Tím je daná dlouhá čekací lhůta na přijetí (obvyklá doba je 2-3 měsíce). Hospitalizovat lze dívku samozřejmě v každé nemocnici, ale zde se již nespecializují na PPP a léčba nemusí být tak efektivní. Ambulantní služby si dívka musí hledat sama a zkoušet „pokusem a omylem“, jaký druh terapie je pro ni vhodný. To může dívku demotivovat v léčbě.

Toto vše ukazuje na současný systém léčby MA, který je nekomplexní.

**Závěr – Hypotéza č. 3 se potvrdila.**

#### **4) Mentální anorexii lze vyléčit**

K ověřování hypotézy č. 4 jsem užila výpovědí respondentek v rozhovorech a hodnocení stavu dívek. Všechny dotazované uvedly, že jsou vyléčeny z MA bez akutních anorektických příznaků. Všechny se léčí déle než 5 let. Dana i Klára jedí všechno bez

omezení. Dana se jen „trochu hlídá“, jak sama uvádí a Kláru trápí jen občasné nechutě k jídlu, když má osobní problémy a stres. Eliška má stále dietní režim, který jí byl nastolen na KBT, kdy měla dodržovat určitý plán jídla. Sama se ještě neumí najíst podle chuti a aktuálních potřeb svého těla. Má stále rozděleno jídlo na povolené a zakázané. Postupně se však učí jíst i to zakázané. Klára menstruuje, Eliška s pomocí antikoncepce a Dana stále samovolně nemenstruuje. Všechny dívky jsou tedy bez akutních anorektických příznaků, jejich váha se pohybuje na hranici normální váhy a podváhy a všechny dívky přijímají potravu. Toto přijímání je však stále omezené a ovlivněné psychickým rozpoložením dívek a okolními situacemi. Je zde riziko recidivy v krizové situaci. Všechny však znají svou nemoc a samy sebe natolik, že by tomu byly schopny samy zabránit. Dotazované stále mají psychické potíže, docházejí na terapii, nebo užívají farmaka, k jídlu nemají ani jedna z nich ještě zcela zdravý vztah. Přes veškerá má očekávání, že se potkám tvář v tvář vyléčené anorexii, se hypotéza č. 4 nedá potvrdit.

Odborná literatura uvádí, že MA vyléčit lze, ale u pouhé 1/3 pacientek. Jako kritérium úspěchu léčby u klasických terapií je přibrání hmotnosti pacientky, zamezení hubnutí a naučení správného stravování. S tímto jsou dívky z nemocnice propouštěny jako „vyléčené“. Řada takto „vyléčených“ však svou nemoc vymění za její chronickou formu či jinou ppp. Nebo již nesplňuje všechna kritéria MA a může jít o atypickou formu MA. Dívka tak sice může jíst a udržovat si určitou váhu, může menstruat, ale také může mít stejné subjektivní anorektické myšlení jako u akutní formy a své tělo trápit nedostatek živin stejně jako u této formy. Je tenká hranice mezi akutní a chronickou formou, kdy se jedna může měnit v druhou. Chronická MA je nebezpečná především ve své dlouhodobosti a tím, že okolí nemusí nic poznat, protože dívky nemají typický „anorektický“ vzhled. S chronickou MA jsou spojené i další psychické problémy, které se při dlouhodobém hladovění začnou projevovat – deprese, úzkosti, nespavosti, obsedantně-kompulzivní porucha, sociální fobie a je proto také obtížnější najít za těmito psychickými nemocemi MA.

U chronické MA, kterou všechny dívky v rozhovorech trpěly, je pro mne nemožné objektivně stanovit, zda jsou vyléčené či nikoli. Mohu však tvrdit, že jsou vyléčeny z akutní MA. U chronické formy MA je podle mého názoru kritérium vyléčení především subjektivní pocit pacientky. Zda řeší či kompenzuje své emocionální problémy jídlom, zda se ve svém těle cítí dobře, zda se přijímá taková, jaká je, zda jsou její tělesné i psychické potřeby naplňovány a v harmonii. Tato subjektivní kritéria se však nedají změřit ani zvážit.

Celkově mne překvapila u dívek velká racionalizace a schopnost sebeanalýzy. Tuto vlastnost jsme měly všechny společnou. Racionalizace je však jeden z obranných

mechanismů, který brání prožívání skutečných emocí a potřeb. Zarazilo mne, že o nemoci stále i po překonání největších obtíží všechny mluvíme ve 3. osobě, jako o něčem, co k nám nepatří, je oddělené od samotné podstaty osobnosti. Oddělování nemoci a zdravého rozumu jsem užívala jako léčebnou techniku, která mě pomáhala bojovat s onemocněním v krizových situacích. V hlavě jsem měla souběžně dvě myslí – ta nemocná přikazovala nejíst, cvičit, nežádat o pomoc, a byla zdrojem mých depresí a úzkostí. Postupně se dostávala do všech oblastí mého života, kde mne shazovala, ponižovala a bránila radosti a lásce. Byla zdrojem pocitů viny a selhání, když jsem se najedla, když jsem necvičila, dále když jsem nedokázala například zabránit problémům druhým. Rozšířila se postupně na všechno. Zdravou mysl jsem musela aktivně zapojovat, aby nedovolila nemocné nade mnou zvítězit. Musela jsem si říkat, že jídlo potřebuji, že miluji své tělo, že si zasloužím jíst, dále jsem zdravou mysl musela užívat i na další oblasti. Že si zasloužím pomoc, lásku a že mám právo na zdravý život, atd. Tento neustálý několikaletý boj dvou myslí mě často uváděl do naprosté zmatenosti a pocitu depersonalizace. Nevěděla jsem, kdo jsem. Protože obě dvě myslí byly v mé hlavě. Nemoc byla v mé hlavě, stejně jako zdraví. Oboje naprosto oddělené od těla a tudíž od emocí. Mysl, ať již zdravá nebo nemocná, kontrolovala mé tělo a mé emoce. Proto jsem nedokázala cítit hlad, chuť, únavu, bolest těla, prostě být v kontaktu sama se sebou. Stále jsem si opakovala, jak se miluji, jak se přijímám, ale bez úspěchu. V této své dedukci myšlenek jsem si uvědomila, jak moc potřebuji, aby tato slova někdo jiný říkal mne a já je jen přijímala. Bez pocitu studu, že si o něco takového říkám, bez pocitu viny, že si něco takového nezasloužím a bez výčitek, že si všechno musím zařídit sama. Uvědomila jsem si poprvé v životě, že něco potřebuji od druhých a že anorexie je mou součástí, jako patologický projev všech potlačených potřeb a emocí. Skutečnost, že již nejde o nic cizího ve mně, že nemusím mít strach, kdy se zase objeví a bude mne pokoušet, mě naplňuje zvláštními pocity, které chci dále prožívat.

**Závěr – Hypotéza č. 4 se nepotvrdila.**

## **6.4 Závěr šetření**

. Na základě dlouholetého studia problematiky MA, jsem stanovila čtyři hypotézy, které byly šetřením prověřeny. Teoretické poznatky a mé vlastní zkušenosti s MA jsem konfrontovala se subjektivními výpovědi dívek a žen trpících touto nemocí. Cílem bylo nejen ověřit či vyvrátit stanovené hypotézy, ale také ukázat realitu této nemoci, která se ne vždy shoduje s teorií k dané problematice. K šetření byly použity kvalitativní metody - interpretace údajů v odborné literatuře, polouzavřený dotazník, rozhovor a metoda introspekce spojená s vlastní zkušeností (analýza vlastních pocitů).

**Hypotéza č. 1** (*Mentální anorexie postihuje ženy bez ohledu na věk a vzdělání*) se potvrdila. Široké věkové rozpětí doby prvních příznaků poruchy (12-40 let), současný věk respondentek trpící MA (14-46 let), zřetelně dokazuje, že MA postihuje ženy bez ohledu na věk. Nepotvrdilo se tak často zmiňované tvrzení, že MA je problémem pouze dospívajících dívek. S tím také souvisí nejvyšší dokončené vzdělání respondentek, které je nejvíce zastoupeno střední školou, dále vysokou školou a nejméně základní školou. Proto se MA opět netýká pouze dívek v pubertě, tedy na základním stupni školy.

**Hypotéza č. 2** (*Rodina ovlivňuje vznik mentální anorexie*) se potvrdila. Vycházela jsem především ze subjektivního hodnocení příčin nemoci respondentek a jejich zkušenostmi v rodině. Všechny tuto hypotézu svými výpověďmi potvrdily. Překvapující byl velmi podobný obraz jejich rodin, kde byla dominantní pečující matka a citově nedostupný otec. Všechny dívky uváděly chybějící pocit lásky, přijetí a neprojevoování emocí alespoň od jednoho z rodičů. Výchova a způsob komunikace v rodině byl u dívek vesměs totožný – potlačování negativních emocí, neřešené konflikty mezi rodiči, neschopnost otevřeně řešit konfliktní situace, větší citová vazba na matku, chybějící uznání a pochvala mezi členy rodiny navzájem. Tyto údaje se shodují s informacemi v odborné literatuře popisující rodiny, kde se vyskytuje MA. Z dotazníkového šetření vyplývá, že 94% dívek žilo v době propuknutí nemoci s rodiči. Tyto veškeré informace ukazují, co vznik MA ovlivňuje a vyvrací tak všeobecný omyl o příčinách MA, který uvádí jako největší vliv na vznik MA současný kult štíhlosti ve společnosti. Touhu po kráse, štíhlosti a zdraví spojovat s MA, kdy dívka není svou vyhublostí ani krásná ani štíhlá, natož zdravá, je poněkud povrchní. Kořeny této nemoci jsou v pocitu nedostatku lásky, uznání, přijetí, pochvaly a svobody. Tento pocit je však subjektivní nezměřitelná a objektivně neprokazatelná hodnota. Proto zde uvádím rodinu pouze jako hlavní vliv, nikoli příčinu, která je až v kombinaci různých faktorů. Téma vlivu rodiny na vznik MA bylo spíše o pochopení souvislostí na obou stranách, jak dívek, tak jejich rodičů. Stále se však domnívám, že MA je nemocí celé rodiny a nelze vyléčit jen jeden článek ze systému. Všichni by se měli podílet na změně prostředí, ve kterém nemoc vznikla. Rodinná terapie MA může tak být terapií pro všechny, nejen nemocnou dívku.

**Hypotéza č. 3** (*Současný systém léčby neposkytuje pro mentální anorexii komplexní služby*) se potvrdila vzhledem k získanému materiálu z šetření. Překvapující byl nedostatek odborné péče u léčených pacientek a nevhodná diagnóza odborníkem – praktický lékař, gynekolog, školní psycholog, který je v době propuknutí nemoci dívkou nejdříve a nejčastěji vyhledáván a žádán rodiči o pomoc. Včasná a odborná diagnóza s nabídkou možné léčby je pro pacientovu prognózu zásadní. Čím déle neléčená MA trvá, tím větší jsou tělesné a

psychické následky a nebezpečí smrti. To poukazuje na nedostatek osvěty a informovanosti o ppp ve zdravotnictví a také ve školství, kde by se dala včas podchytit tato nemoc. Rodina má být sice nejbližší pomocnou rukou, ale musí být vedena odborníkem. Dále v systému léčby MA, která zahrnuje právě i tuto prevenci a osvětu, chybí dodnes speciální klinika pro takto postižené pacientky. Pouze specializovaná jednotka v nemocnici v Praze, která je jediná v ČR a čekací doba na lůžko je vzhledem k zdravotním a smrtelným následkům anorexie nebezpečně dlouhá (2-3 měsíce). Co se týče různých terapií MA, nejvíce převládala u pacientek samoléčba, která není tou nejvhodnější volbou jako jediná terapie. Nabízených terapeutických služeb pro pacientky s MA je sice mnoho, avšak jsou nejednotné v přístupu a technikách léčby a nejsou ve spolupráci s dalšími odborníky, kteří by se měli podílet na léčbě MA (nutriční specialista, gynekolog, lékař,...). Tyto služby jsou také doménou především větších měst. Současný systém léčby MA je nejednotný, nepropojený s nedostatečnou osvětou, tudíž neposkytuje komplexní služby, které u MA jsou pro úspěšné vyléčení důležité.

**Hypotéza č. 4** (*Mentální anorexii lze vyléčit*) se nepotvrdila. Výše zmiňované údaje poukazují na reálné překážky v léčbě MA. Subjektivní překážky v léčbě dívek byly popsány v teoretické části práce. Tato hypotéza byla těžko ověřitelná. Jednak chyběl vyšší počet respondentek pro šetření a také chybělo objektivní kritérium vyléčení pro chronickou MA. Pokud bychom vycházely z rozdělení MA na akutní a chronickou, byla by touto hypotézou kladně potvrzena akutní forma MA. Při hospitalizaci je hlavním kritériem úspěšné léčby přibírání hmotnosti a samostatné přijímání potravy. To všechny mé respondentky splňovaly. Tělo je u všech vyléčeno, ale nelze tak tvrdit u psychiky dotazovaných. Sice svou postavu a hmotnost již neřeší, ale stále nemají zcela zdravý vztah k jídlu a k sobě samým. U těchto případů bylo těžké posoudit, co jsou pouhé pozůstatky MA a co aktuální potíže. Ověření této hypotézy by vyžadovalo více času a vyšší počet respondentek, což nebylo možné v rozsahu této práce. Může však být námětem pro další práci. Přestože se hypotéza vyléčení MA nedala tímto šetřením potvrdit, stále pevně věřím, že MA vyléčit lze. Navždy mohou zůstat následky, vzpomínky a nebezpečí recidivy MA v krizových životních situacích. Avšak ve zdravé duši, mysli a těle by tato nemoc ani žádná jiná zůstat neměla.

## **Shrnutí**

### **Poruchy příjmu potravy**

#### **Eating disorders**

**Zuzana Douchová**

Předkládaná práce se zabývá poruchami příjmu potravy, především mentální anorexií. Teoretická východiska podávají aktuální a komplexní obraz dané problematiky. Práce je zaměřena na mýty a předsudky týkající se mentální anorexie, dále na rodinné prostředí a jeho vliv na vznik, průběh a prevenci onemocnění a současný stav léčebného systému. Výsledkem šetření, které vycházelo z výpovědí respondentek trpících mentální anorexií, je zjištění, že mentální anorexie postihuje ženy bez ohledu na věk a vzdělání, že rodina ovlivňuje vznik mentální anorexie, že současný systém léčby je nekomplexní a že mentální anorexii nelze vyléčit.

## **Summary**

The diploma thesis deals with eating disorders, especially anorexia nervosa. The theoretical background gives an actual and complex picture of this issue. The thesis is focused on myths and preconceptions related to mental anorexia, family environment and its influence on disorder's origin, course and prevention, and current state of treatment. The conclusions of the survey based on responds of women suffering from anorexia nervosa were that mental anorexia affects women regardless of age and education, family environment affects the origin of anorexia nervosa, current treatment system does not offer complete services, and mental anorexia cannot be cured.

## Použitá literatura

BONNOT-MATHERON, Silvine. *Nechuť k jídlu : průvodce výchovou v rodině*. Z fr. orig. přeložila Markéta Demlová. 1. Vydání. Praha : Portál, 2002. 111 s. ISBN 80-7178-597-0

CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Z angl. orig. přel. Dušek Zdík. Praha : Pragma, 2001. 264 s. ISBN 80-7205-818-5.

FIALOVÁ, Ludmila. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. 1. Vydání. Praha : Karolinum, 2001. 269 s. ISBN 80-246-0173-7.

HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. Vydání. Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

JACKSON, Eve. *Jídlo a proměna : symbolika jídla ve snech, pohádkách a mýtech*. Z angl. orig. přel. Věra Stavová. 1. Vydání. Brno : Nakladatelství Tomáše Janečka, 2004. 136 s. ISBN 80-85880-37-7.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. Vydání. Praha : Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.

KOUTEK, Jiří ; KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování : současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 1. Vydání. Praha : Portál, 2003. 127 s. ISBN 80-7178-732-9.

KRCH, David František, et al. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vydání. Praha : Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie : Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Z něm. orig. přel. Lidia Běhouňková. 1. Vydání. Praha : Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.

MALONEY, Michael; KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Z angl. orig. přel. Jana Krchová. Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0.



MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. Vydání. Brno : Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. 1. vydání. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 85121-32-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa*. 1. vydání. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.

PRAŠKO, Ján, et al. *Obsedantně – kompulzivní porucha a jak se jí bránit : příručka pro klienta a jeho rodinu*. 1. Vydání. Praha : Portál, 2003. 120 s. ISBN 80-7178-810-4.

RABOCH, Jiří ; PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie : minimum pro praxi*. Praha : Triton, 2001. 207 s. ISBN 80-7254-156-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha : Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VÝROST, Josef; SLAMĚNÍK, Ivan. *Sociální psychologie*. 2. Vydání. Praha : Grada Publishing, 2008. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

### **Elektronické dokumenty**

BERÁNKOVÁ, Jana. *Orthorexie a bigorexie - méně známé formy poruch příjmu potravy* [online]. 2010-04-12 [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.celostnimedicina.cz/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.htm>>.

BURIANOVÁ, Tereza. *Poruchy příjmu potravy a muži versus ženy* [online]. 2005-12-04 [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.ordinace.cz/clanek/poruchy-prijmu-potravy-a-muzi-versus-zeny/>>.

Doktorka.cz [online]. *Mentální anorexie a bulimie ohrožuje život mladých dívek*. 2001-08-13 [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://hubnuti.doktorka.cz/mentalni-anorexie-bulimie-ohrozuje>>. ISSN 1213-1903.

HAJNÝ, Martin. *Charakteristické rysy vztažnosti a emocionality u dívek a žen s poruchami příjmu potravy* [online]. 2004 [cit. 2011-04-04]. Dostupné z WWW: <<http://martin.hajny.net/text/12/emoce-bulimie-anorexie-vztahy>>.

ŘEHOVÁ, Irena. *Jak zmírnit separační úzkost* [online]. 2008 [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.maminkam.cz/jak-zmirnit-separacni-uzkost>>.

SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Tři Pé aneb Poruchy příjmu potravy od A do Zet*. [online]. 2004-03-27 [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-pijmu-potravy-od-a-do-zet>>.

VAJSEJTLOVÁ, Barbora. *Každá pacientka zvrací aneb největší mýty o anorexii a bulimii* [online]. 2010-01-13 [cit. 2011-04-04]. Dostupné z WWW: <[http://ona.idnes.cz/kazda-pacientka-zvraci-aneb-nejvetsi-myty-o-anorexii-a-bulimii-pbn-/vztahy-sex.aspx?c=A100106\\_170328\\_psychologie\\_bad](http://ona.idnes.cz/kazda-pacientka-zvraci-aneb-nejvetsi-myty-o-anorexii-a-bulimii-pbn-/vztahy-sex.aspx?c=A100106_170328_psychologie_bad)>.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Dotazník .....	85
Příloha č. 2: Seznam tabulek a grafů .....	87
Příloha č. 3: Kontakty na odbornou pomoc v Praze .....	88

# Přílohy

## Příloha č. 1: Dotazník

1. **Kolik je Vám let?** (uved'te číslem)
2. **Vaše nejvyšší dokončené vzdělání:**
  - a. Základní škola
  - b. Střední škola
  - c. Vysoká škola
3. **Jaký je Váš rodinný stav?**
  - a. Svobodná
  - b. Svobodná s partnerem
  - c. Vdaná
  - d. Rozvedená
  - e. Vdova
4. **Žila jste v době propuknutí nemoci s rodiči?**
  - a. Ano
  - b. Ne
5. **V kolika letech se objevily první příznaky poruchy příjmu potravy?** (uved'te číslem)
6. **V kolika letech jste se dozvěděla, že trpíte MA?** (uved'te číslem)
7. **Jak jste se diagnózu dozvěděla?**
  - a. z literatury, televize, internetu, apod...
  - b. od rodiny
  - c. od přítele, kamarádek,....
  - d. od lékaře
  - e. od psychologa nebo psychiatra
  - f. jinak (uved'te jak).....
8. **Nastoupila jste ihned po diagnostice léčbu?**
  - a. Ano
  - b. ne
9. **Jaký druh léčby jste podstoupila/podstupujete?**
  - a. Hospitalizace na psychiatrii
  - b. Individuální terapie
  - c. Rodinná terapie

- d. Skupinová terapie
- e. Svépomocná skupina
- f. Farmakoterapie
- g. Samoléčba
- h. Jiný typ léčby (uved'te jaký)

**10. Chtěla byste dodat něco, co Vám připadá důležité k tématu mentální anorexie?**

(za jakékoli Vaše názory, zkušenosti, připomínky budu velmi vděčná)

Tento dotazník je k nahlédnutí také na internetové adrese:

**[http://www.kwiksurveys.com/online-survey.php?surveyID=IHJLIO\\_bbe78d3f](http://www.kwiksurveys.com/online-survey.php?surveyID=IHJLIO_bbe78d3f)**

## **Příloha č. 2: Seznam tabulek a grafů**

Tabulka č. 1: rodinný stav.....	64
Tabulka č. 2: současný věk .....	66
Tabulka č. 3: dokončené vzdělání.....	66
Tabulka č. 4: věk propuknutí nemoci .....	67
Tabulka č. 5: soužití s rodiči .....	68
Tabulka č. 6: doba zjištění diagnózy .....	71
Tabulka č. 7: způsob zjištění diagnózy .....	72
Tabulka č. 8: nastoupení léčby .....	72
Tabulka č. 9: druh léčby .....	73
Graf č. 1: rodinný stav .....	65
Graf č. 2: dokončené vzdělání .....	67
Graf č. 3: soužití s rodiči.....	68
Graf č. 4: způsob zjištění diagnózy.....	72
Graf č. 5: nastoupení léčby .....	73
Graf č. 6: druh léčby .....	73

### **Příloha č. 3: Kontakty na odbornou pomoc v Praze**

#### **Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK**

Kontakt: [www.vfn.cz](http://www.vfn.cz)

Služby: lůžkové oddělení pro pacienty (od 18 let) s poruchami příjmu potravy, denní stacionář pro pacienty od 17 let

#### **Fakultní nemocnice v Motole – Dětská psychiatrická klinika**

Kontakt: [www.tnmotol.cz](http://www.tnmotol.cz)

Služby: lůžkové oddělení pro pacienty (do 18 let) s poruchami příjmu potravy

#### **Fakultní nemocnice v Motole – Institut rodinné terapie**

Kontakt: [www.rodinnaterapie.cz](http://www.rodinnaterapie.cz)

Služby: rodinná terapie

#### **Dejvické psychoterapeutické centrum**

Kontakt: [www.dpc.cz](http://www.dpc.cz)

Služby: individuální psychoterapie

#### **Psychosomatická klinika, s.r.o.**

Kontakt: [www.psychosomatika.cz](http://www.psychosomatika.cz)

Služby: individuální psychoterapie

#### **Občanské sdružení Anabell**

Kontakt: [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz)

Služby: sociální poradenství, svépomocná skupina, arteterapie

#### **Krizové centrum RIAPS**

Kontakt: [www.riaps.cz](http://www.riaps.cz)

#### **PhDr. Martin Hajný**

Kontakt: [martin.hajny.net](http://martin.hajny.net)

Služby: individuální psychoterapie

#### **Jitka Stehlíková**

Kontakt: [www.isadora.cz](http://www.isadora.cz)

Služby: jógová terapie, poradenství v oblasti zdravé výživy

#### **Jakub Červenka**

Kontakt: [jakub@similimum.cz](mailto:jakub@similimum.cz)

Služby: homeopatická léčba